ZFA

Zeitschrift für Allgemeinmedizin

German Journal of Family Medicine

Sonderausgabe – Hauptprogramm / Abstractband

44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)

23.-25. September 2010
Medizinisch Theoretisches Zentrum des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden

ausgerichtet von der
Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.



Quo vadis Allgemeinmedizin? –
Hausärztliches Arbeiten in den nächsten zehn Jahren

mit freundlicher Unterstützung





Vom Symptom über die Echokardiographie zur Diagnose



Dr. med. Matthias Kunert
Oberarzt der Abteilung für Kardiologie des Marienhospitals Bottrop, Leiter der Echokardiographie-Kurse



Priv.-Doz. Dr. Ludger J. Ulbricht
Chefarzt der Abteilung für Kardiologie des Marienhospitals Bottrop

Das Buch stellt den Einsatz der Echokardiographie in engem Bezug zur klinischen Symptomatik dar. Ausgehend von den fünf Hauptsymptomen Thoraxschmerz, Dyspnoe, Synkope, Fieber und Schock wird das echokardiographische differenzialdiagnostische Vorgehen beschrieben.
Die zahlreichen Videosequenzen und Befundbeschreibungen auf der beiliegenden DVD ergänzen und veranschaulichen den Text.
Die Kapitel der Vorauflage wurden komplett überarbeitet und aktualisiert.

Neu in der 3. Auflage:

- Transösophageale Echokardiographie (TEE) im perioperativen und intensivmedizinischen Kontext
- Kardiale Raumforderungen und ihre Differenzialdiagnose
- Übersichtliche Formelsammlung für echokardiographische Berechnungen
- 3-D-Echokardiographie und Speckle Tracking
- DVD: 142 Videosequenzen mit vielen zusätzlichen Befunden



3. völlig überarb. und erweiterte Auflage 2010, 475 Seiten, 190 Abb. in 269 Einzeldarstellungen, 84 Tabellen, DVD
ISBN 978-3-7691-1263-4
broschiert € **79,95**



B E S T E L L C O U P O N

Ja, hiermit bestelle ich 14 Tage zur Ansicht:
(Bei ausreichend frankierter Rücksendung)

__ Ex. Kunert, **Praktische Echokardiographie** € **79,95**
ISBN 978-3-7691-1263-4

__ Ex. Dietrich, **Ultraschall-Kurs** € **59,95**
ISBN 978-3-7691-0451-6

☐ Herr ☐ Frau

Name, Vorname

Straße, Ort

E-Mail (für evtl. Rückfragen) Telefon

Datum, Unterschrift ✗

Bestellungen bitte an Ihre Buchhandlung oder Deutscher Ärzte-Verlag, Versandbuchhandlung
Postfach 400244, 50832 Köln
Tel. (0 22 34) 7011 - 314 / Fax 7011 - 476
www.aerzteverlag.de • E-Mail: vsbh@aerzteverlag.de

Deutscher Ärzte-Verlag

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Preise zzgl. Versandspesen € 4,50. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht Köln. Geschäftsführung: Jürgen Führer, Dieter Weber

Ultraschall-Kurs – Die Schallmauer durchbrechen



2006, 450 Seiten, 677 Abbildungen in 1.421 Einzeldarst., 27 Tabellen
ISBN 978-3-7691-0451-6
broschiert € **59,95**

Basis- und Fortgeschrittenenwissen Ultraschall

- Inhalt von Grund-, Aufbau und Abschlusskurs
- Kursbuch und diagnostischer Leitfaden
- Alle US-Bilder mit korrespondierendem Schema
- B-Bild, (Power-)Doppler, Echosignalverstärker

Organ für Organ in klaren, aufschlussreichen Bildern – für ein kursübergreifendes Arbeiten:

- Grundlegende sonographische Anatomie
- Häufige, leicht zu erhebende Befunde
- Seltene, schwerer erkennbare Krankheitsbilder



Prof. Dr. med. Christoph F. Dietrich
Chefarzt Innere Medizin 2 des Caritas-Krankenhauses Bad Mergentheim

Mehr Information: aerzteverlag.de

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, sehr geehrte Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer,

als Kongresspräsidenten begrüßen wir Sie herzlich zum Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, der zum zweiten Mal in der sächsischen Hauptstadt Dresden stattfindet.

Das Motto des 44. Kongresses „Quo vadis Allgemeinmedizin? – Hausärztliches Arbeiten in den nächsten zehn Jahren" weist unübersehbar auf die Herausforderungen hin, denen unser Fach nicht erst in mittlerer Zukunft, sondern schon heute gegenüber steht.

Die Regierungskoalition begeht eine unverzeihliche Tätlichkeit gegen die hausarztzentrierte Versorgung, um Löcher in einem über alle Maßen verschuldeten Staatshaushalt zu stopfen – kurzsichtig und kontraproduktiv. Dieselbe Kurzsichtigkeit legten Landespolitiker in Schleswig-Holstein an den Tag, die mit der geplanten Schließung der erfolgreichen Medizinischen Universität Lübeck am falschen Ende sparen wollten. Die „Segnungen" des Bildungsföderalismus zeigen sich nur wenige Kilometer südwestlich der Grenzen Schleswig-Holsteins, wo in Oldenburg eine neue medizinische Fakultät gegründet wird.

Diese Entwicklungen sind für unsere Arbeit in Forschung und Lehre an den Hochschulen von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Dort müssen wir unsere Präsenz festigen und ausbauen. Dazu gehört auch, dass wir die Generierung und Förderung des wissenschaftlich qualifizierten Nachwuchses motivieren, was bislang nur an wenigen Orten stattfindet.

Aber auch für die hausärztliche Versorgung stellen sich Fragen nach optimalen Organisationsformen in der Zukunft: Im Mittelpunkt wird zunächst die Abwehr der Koalitionsangriffe gegen die Hausarztverträge stehen. Darüber hinaus muss das Fach angemessene Antworten auf andere drängende Fragen finden (z.B. in Bezug auf die hohe Zahl an altersbedingt ausscheidenden Praxisinhabern sowie auf die arbeitsorganisatorischen Bedürfnisse bzgl. Vereinbarkeit von Beruf und Familie die durch den steigenden Anteil an Allgemeinmedizinerinnen an Bedeutung gewinnen).

Die DEGAM hat in den letzten Jahren viel erreicht:

- Wir haben seit 2004 unsere Mitgliederzahl mehr als verdoppelt;
- unsere Leitlinien werden bundesweit anerkannt und
- unsere Stellungnahmen zunehmend von den Medien und der Fachöffentlichkeit beachtet.
- Unsere Geschäftsstelle in Frankfurt hat die Professionalisierung der Fachgesellschaft erfolgreich vorangetrieben.
- Wir arbeiten enger denn je mit dem Deutschen Hausärzteverband zusammen.

Wir wollen, wir müssen diese Entwicklung fortsetzen. Das können wir nur durch Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen – durch Ihre vielfältigen Aktivitäten und Ihre kritische Solidarität. Das wissenschaftliche Programm unseres Kongresses mit Workshops, Vorträgen und Postern wird Sie ebenso faszinieren wie die Kunstschätze, die Museen und das Flair von „Elbflorenz". Wir freuen uns auf viele „alte" Freunde und Mitstreiter, auf neue Besucher und spannende Begegnungen.

Herzlich willkommen in Dresden!



Prof. Dr. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
(Präsident der DEGAM und Kongresspräsident)



Prof. Dr. Antje Bergmann
(Kongresspräsidentin)

KONGRESSORT

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Medizinisch Theoretisches Zentrum (MTZ)
Fiedlerstraße 42
01307 Dresden, Deutschland

KONGRESSPRÄSIDENT/-IN

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen MPH, FRCGP
Präsident der DEGAM
Abteilung Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät der Universität Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen, Deutschland

Prof. Dr. med. Antje Bergmann
Abteilung Allgemeinmedizin/MK3
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Med. Fakultät der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden, Deutschland

KONGRESSORGANISATION

Dipl.-Soz. Karen Voigt MPH
Abteilung Allgemeinmedizin/MK3
Med. Fakultät der Technischen Universität Dresden
Tel. + 49 (0)351 458 2203 • Fax + 49 (0)351 458 7320
Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de

KONGRESSAGENTUR



Silke Wolf
INTERCOM Dresden GmbH
Zellescher Weg 3
01069 Dresden, Deutschland
Tel. +49 (0)351 320173 50 • Fax +49 (0)351 320173 33
swolf@intercom.de
www.intercom.de

KONGRESSTHEMA

Quo vadis Allgemeinmedizin? –
Hausärztliches Arbeiten in den nächsten zehn Jahren

ZIELGRUPPEN

- Mediziner
- Psychologen
- Soziologen
- Gesundheits- und Pflegewissenschaftler
- Studierende der genannten Fachrichtungen
- Mitarbeiter und Vertreter von Gesundheitsbehörden, Kostenträgern und Pharmaunternehmen
- Politische Entscheidungsträger
- Medizinische Fachangestellte, Krankenpflegepersonal und- therapeutische Berufe im Gesundheitswesen

PROGRAMMKOMMISION

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Prof. Dr. med. Antje Bergmann
Dr. med. Johannes Dietrich
Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc.
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier
Prof. Dr. med. Michael M. Kochen MPH, FRCGP
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl.-Soz.
Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Weitere Informationen: www.degam2010.de

Der Kongress wird gefördert von:





Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Wir danken den Sponsoren







Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus



DIE DRESDNER.

Wir bedanken uns bei dem Universitätsklinikum
Dresden für die Überlassung der Tagungsräume







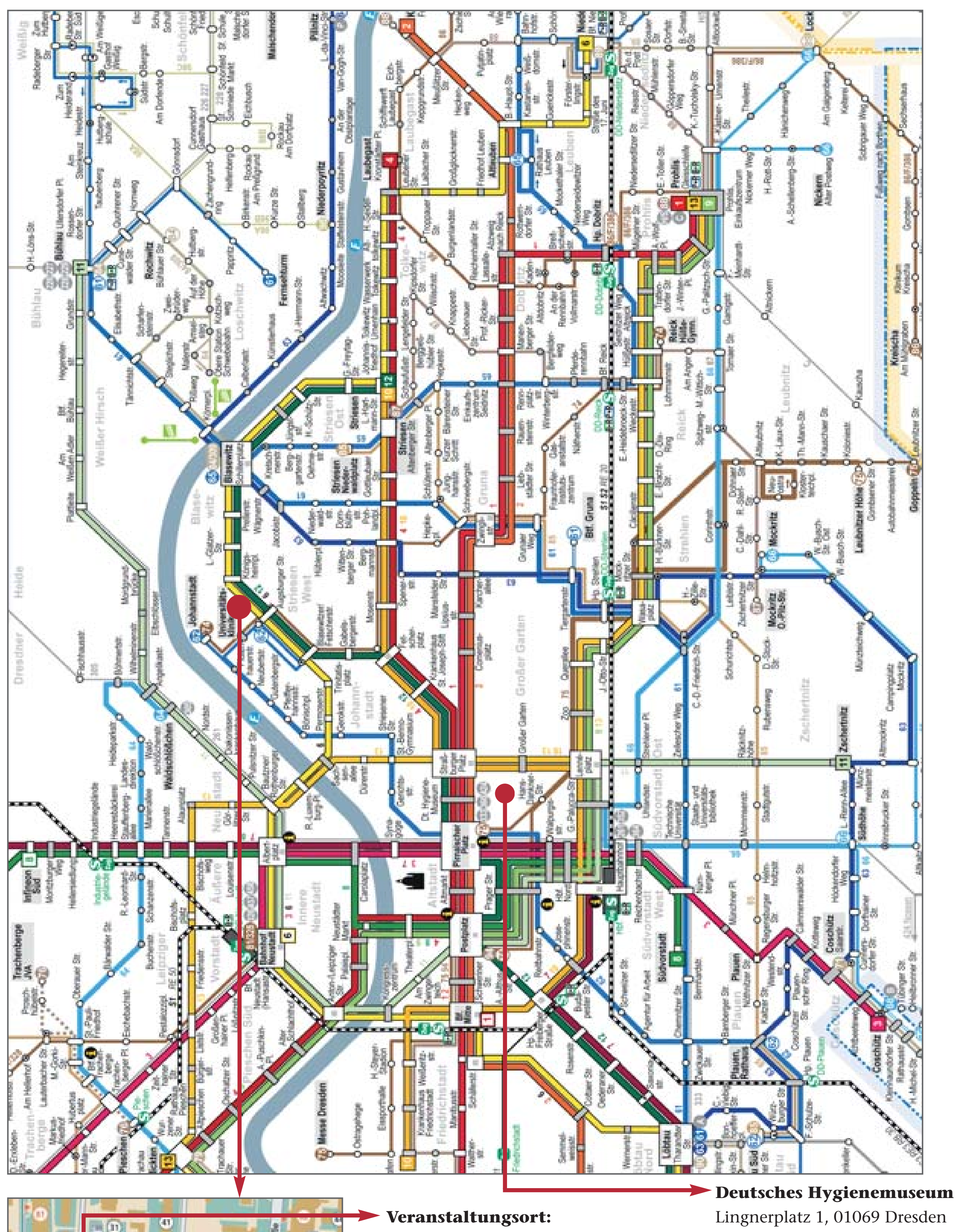










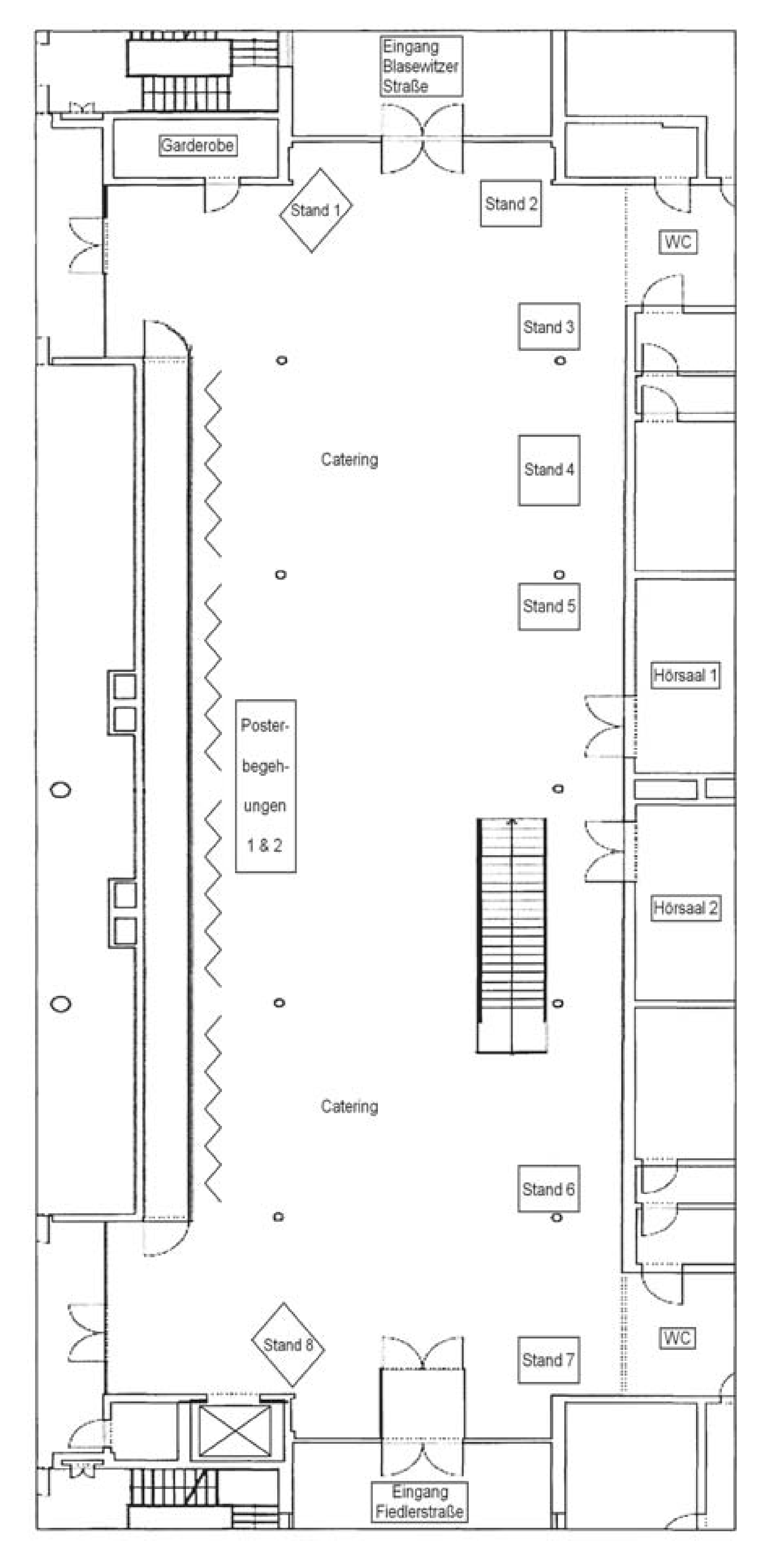


Deutsches Hygienemuseum
Lingnerplatz 1, 01069 Dresden

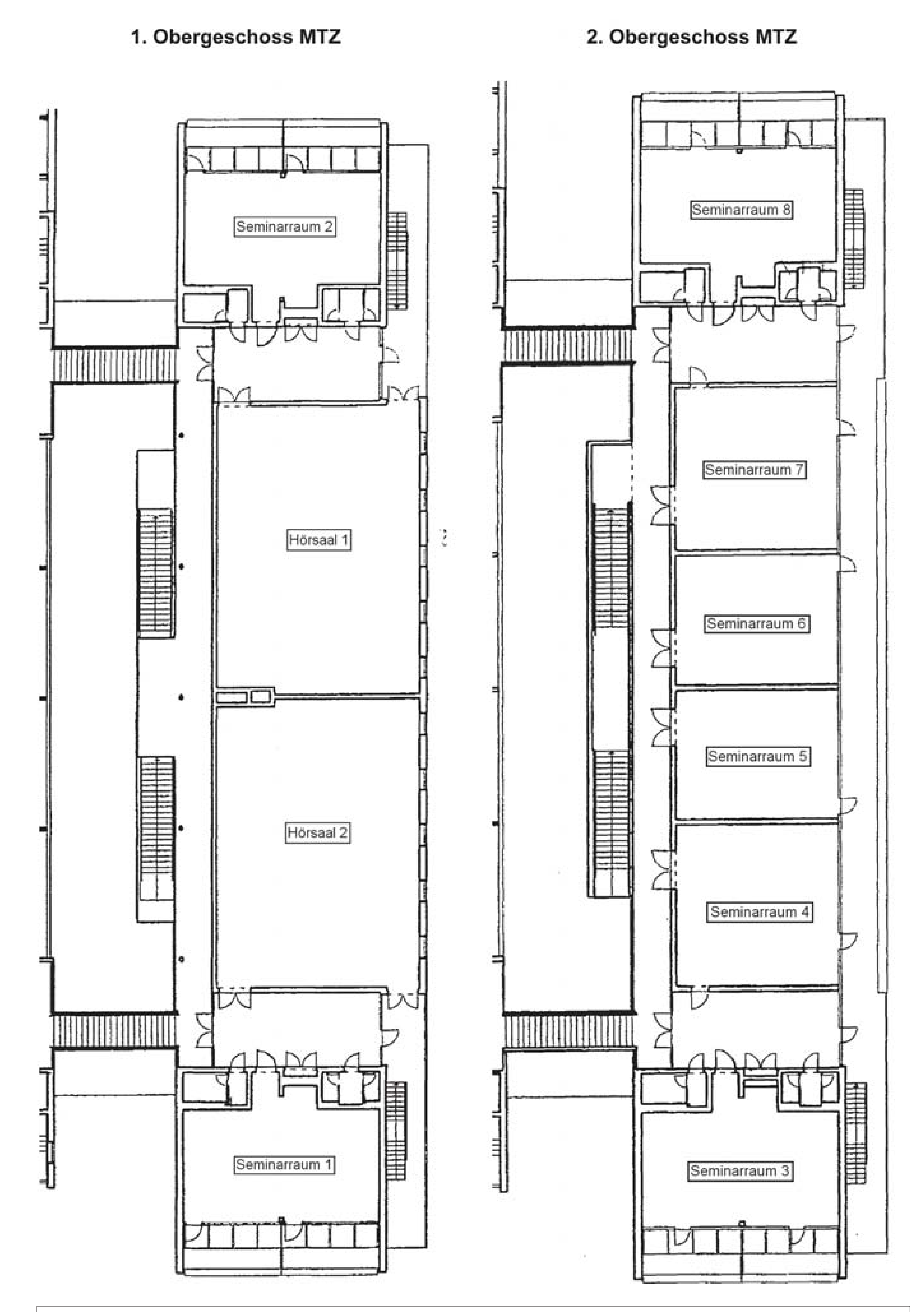
Veranstaltungsort:
Medizinisch Theoretisches Zentrum
Eingang: Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden

Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln:
Straßenbahnlinien 6 und 12 (Haltestelle Augsburger Straße)
sowie Buslinien 62 und 74 (Haltestelle Universitätsklinikum)

Anfahrt mit PKW:
Parkhaus (kostenpflichtig) mit 500 Stellplätzen
an der Haupteinfahrt Fiedlerstraße



Stand	Firma
1	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
2	Lehmanns Fachbuchhandlung
3	MEZIS
4	Deutscher Hausärzteverband
5	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
6	Medic Plus GmbH
7	Lodhiamedics
8	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA)


1. Obergeschoss MTZ
Seminarraum 2
Hörsaal 1
Hörsaal 2
Seminarraum 1
2. Obergeschoss MTZ
Seminarraum 8
Seminarraum 7
Seminarraum 6
Seminarraum 5
Seminarraum 4
Seminarraum 3

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Die DEGAM stellt sich vor

Hausärztinnen und Hausärzte, Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrärztinnen und -ärzte sowie wissenschaftliche Mitarbeiter der universitären Institute für Allgemeinmedizin finden ihre fachliche Heimat in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

Im Vergleich zu anderen Ländern ist die hausärztliche Medizin in Deutschland in vielen Bereichen, z.B. den Universitäten, unterrepräsentiert.

Die DEGAM engagiert sich für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Forschung, der allgemeinmedizinischen Lehre und insbesondere der Weiter- und Fortbildung.

Von Hausärzten für Hausärzte erstellte Leitlinien zu praxisrelevanten Beratungsanlässen geben wertvolle und industrieneutrale Informationen für den Alltag.

Die Veranstaltungen der DEGAM, z. B. der jährliche DEGAM-Kongress, bieten Gelegenheit zur Weiter- und Fortbildung, zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und zu fachlichem Austausch.

...deshalb: DEGAM-Mitglied werden!

Gute Gründe für Ihre Mitgliedschaft:

Aktueller E-Mail-Service zu hausärztlich relevanten Studienergebnissen (DEGAM-Benefits)
Kostenloses Abonnement der ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin [Normalpreis: 114 €]
Kostenloses "blitz-at", E-mail-Service des Arzneitelegramms; regulär erhältlich nur über ein Abonnement des at [Normalpreis: 48,00 €]
Kostenloser Newsletter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Kostenlose Kurzform jeder DEGAM-Leitlinie
Kostenloser Zugang zur Vollversion der Cochrane-Library, der weltweit größten Datenbank für medizinische Studien
Reduzierte Abo-Kosten für hausärztliche Zeitschriften
Kompetente Beratung in allen mitgliederrelevanten Fragen durch Sektionssprecher und Bundesgeschäftsstelle
Reduzierter Mitgliedsbeitrag für Studierende, Medizinische Fachangestellte und Ärzte/Ärztinnen in Weiterbildung

Weitere Informationen sowie ein DEGAM-Beitrittsformular finden Sie online unter: www.degam.de oder direkt auf dem Kongress an unserem Infostand.

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle, c/o Institut für Allgemeinmedizin, Haus 10 C
Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt
Tel.: 069/65007245, Email: geschaeftsstelle@degam.de, www.degam.de

Donnerstag
23.09.2010

Zeit			
09:00 – 12:30	**Preconference-Workshop: Publikationsworkshop** *(MTZ: SR 1)*		**Preconference-Workshop: Von der Evidenz zum Cochrane-Review: Eine Praxisanleitung** *(MTZ: SR 4/5)*
12:30 – 13:15	**Mittagspause**		
13:15 – 14:45	**Workshop der Sektion Fortbildung: Formate und Methodik hausärztlicher Fortbildung** *(MTZ: SR 1)*		**Workshop der Sektion Forschung: Finanzierung von Forschung in der Allgemeinmedizin: pharmahörig oder auf verlorenem Posten?** *(MTZ: SR 3)*
15:00 – 16:30	**Workshop: „Ein Curriculum für die Weiterbildung Allgemeinmedizin - jetzt oder nie“** *(MTZ: SR 4)*		**Podiumsveranstaltung „Das IQWiG und die Hausärzte - wie können wir uns (noch) besser verstehen?“** *(MTZ: HS 2)*
17:00	**Eröffnungsveranstaltung / Begrüßung** Vorsitz: Prof. Dr. M. M. Kochen		
17:30	**Keynote Lecture 1: M. M. Kochen (Georg-August-Universität, Göttingen/** *(MTZ: HS 1)*		
18:15	**Get Together**		
18:45 – 19:30	Treffen der DEGAM Sektion Forschung *(MTZ: SR 1)*	Treffen der DEGAM Sektion Qualitätsförderung *(MTZ: SR 2)*	Treffen der DEGAM Sektion Studium & Hochschule *(MTZ: SR 3)*
20:00	**Treffen der Präsidien von DEGAM und SGAM** Sächsische Landesärztekammer (SLÄK)		

Donnerstag
23.09.2010

Satellitensymposium: Hinsehen-Erkennen-Handeln. Partnerschaftsgewalt als gesundheits-relevantes Problem
(MTZ: SR 6/7)

Preconference-Veranstaltung: 2. JADe-Konferenz
(MTZ: SR 2)

Satellitensymposium: Risikostratifizierung in der Allgemeinmedizin
(MTZ: HS 1)

Professionalisierungskurs
(MTZ: SR 5)

Prof. Dr. A. Bergmann / Raum: Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 1

Deutschland / DEGAM-Präsident) - Das Un-Heil

Treffen der DEGAM Sektion Versorgungsaufgaben ***(MTZ: SR 4)***	**Treffen der DEGAM Sektion Weiterbildung** ***(MTZ: SR 5)***	**Treffen der DEGAM Sektion Fortbildung** ***(MTZ: SR 6)***

Freitag
24.09.2010

Zeit				
08:00				
08:30–09:15	Keynote Lecture 2: Jouke van der Zee (NIVEL, Utrecht and Maastricht University/ of General Practitioners in Germany, United Kingdom, the Netherlands,			
09:00				
09:30–11:00	Podiumsdiskussion TdA „Netzwerke“ *(MTZ: HS 1)*	Quo vadis Allgemeinmedizin? *(MTZ: SR 1)*	Nachwuchsförderung für Praxis und Forschung *(MTZ: SR 2)*	Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis *(MTZ: SR 3)*
10:00				
11:00				
11:15–12:00		Posterbegehungen 1 *(Foyer MTZ)*		
12:00	Mittagspause			
12:45–13:30	Keynote Lecture 3: Chris Del Mar (Bond University, Queensland/Australia) - Getting research into practice: can we do this better? *(MTZ: HS 1)*			
13:00				
13:30–14:30	Praxisepidemiologische Forschung *(MTZ: SR 1)*	Lehre in der Allgemeinmedizin *(MTZ: SR 2)*	VERAH® Workshop *(MTZ: SR 3)*	Workshop: Studierende einteilen leicht gemacht *(MTZ: SR 5)*
14:00				
14:45–15:45	Freie Themen/ Sonstiges *(MTZ: SR 1)*	Forschungsmethodik *(MTZ: SR 2)*	Versorgungsforschung 1 *(MTZ: SR 3)*	Workshop: Quartäre Prävention *(MTZ: SR 5)*
15:00				
16:00–19:00	Mitgliederversammlung DEGAM und Neuwahl des Präsidiums *(MTZ: HS 1)*			
17:00				
18:00				
19:00				
20:00	Gesellschaftsabend			

Freitag
24.09.2010

The Netherlands) - Position and Remuneration Belgium and France *(MTZ: HS 1)*

Workshop „Diagnosencodierung“ *(MTZ: SR 4)*

Professionalisierungskurs *(MTZ: SR 5)*

Workshop Wissenschaft und Forschung für Medizinische Fachangestellte (WiForMFA) *(Dek.: SR 108a)*

Mittelbauertreffen *(MTZ: SR 6/7)*

Treffen der Arbeitsgruppe Wissenschaft und Forschung für MFA (WiForMFA) *(Dek.: SR 108a)*

Workshop/TdA: Leitlinien *(MTZ: HS 1)*

Workshop/TdA für Medizinische Fachangestellte *(MTZ: SR 6/7 & Skillslab)*

Workshop: Fallberichte *(MTZ: SR 8)*

Samstag
25.09.2010

Zeit			
08:00			
	Keynote Lecture 4: Hendrik van den Bussche (Universitätsklinikum Die Aufgaben einer wissenschaftlichen Gesellschaft in der Allgemeinmedizin - *(MTZ: HS 1)*		
09:00			
	Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung *(MTZ: SR 1)*	Versorgung alter Menschen *(MTZ: SR 2)*	Versorgungsforschung 2 *(MTZ: SR 3)*
10:00			
11:00			
	Posterbegehungen 2 *(Foyer MTZ)*		
12:00			
	Mittagspause		
13:00	Workshop der SLK: Leitlinienentwicklung *(MTZ: SR 1)*	Interkulturelle Medizin *(MTZ: SR 2)*	Strukturierte Versorgung *(MTZ: SR 3)*
14:00			
15:00	Abschlussveranstaltung, Posterpreisverleihung *(MTZ: HS 1)*		
16:00			

Samstag
25.09.2010

Hamburg-Eppendorf, Hamburg) -
späte Gedanken eines Abgängers

Workshop: Nutzung von Routinedaten in der allgemeinmedizinischen Forschung
(MTZ: SR 6)

Podiumsdiskussion TdA „Weiterbildung“
(MTZ: HS 1)

Treffen der AG Komplementärmedizin & Allgemeinmedizin
(MTZ: SR 4)

Podiumsdiskussion TdA „Paten-Praxen-Projekt in Sachsen“
(MTZ: HS 2)

Schnittstellen
(MTZ: SR 4)

Workshop EGPRW: Allgemeinmedizinische Forschung in internationaler Perspektive: Forschungsstand und -bedarf
(MTZ: SR 6)

Workshop: Manuelle Medizin bei HWS-Beschwerden
(MTZ: SR 5)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)



DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Goethe-Universität, Haus 10 C / 1. Stock
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Beitrittserklärung

zur Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) als ordentliches/korrespondierendes Mitglied zum Jahresbeitrag von 115,- € (Ärzte/andere Berufe in Weiterbildung 75,- €, Studierende sowie Medizinische Fachangestellte 25,- €). Lt. Beschluss des Vorstandes vom 12.10.2001 ist eine Mitgliedschaft nur bei Teilnahme am Beitragseinzugsverfahren möglich.

Titel/Name/Vorname: ____________________
geb. am: ____________________
Straße: ____________________
PLZ/Wohnort: ____________________
Telefon/Fax/Mobil: ____________________
Email: ____________________

Hiermit ermächtigte ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos einzuziehen.

____
Unterschrift

Facharzt/-ärztin f. Allgemeinmedizin (Jahr d. NL) __________ ☐

Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin (Jahr d. NL) __________ ☐

Arzt/Ärztin in Weiterbildung (vrsl. Abschluss) __________ ☐

Medizinische Fachangestellte __________ ☐

Studierende/r (vrsl. Abschluss) __________ ☐
(bitte Kopie Studierendenausweis beilegen)

Anderer Beruf ____________________

Kontoinhaber: ____________________
Bankinstitut: ____________________
Girokonto Nr.: ____________________
Bankleitzahl: ____________________

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur DEGAM und wünsche eine Mitarbeit in der/den Sektion/en:

☐ Weiterbildung ☐ Fortbildung ☐ Studium und Hochschule

☐ Versorgungsaufgaben ☐ Forschung ☐ Qualitätsförderung

Datum ____________________ Unterschrift (+ Stempel) ____________________

Bitte Beitrittserklärung mit beiden Originalunterschriften per Post - nicht per Fax oder Email senden.

9:00 – 12:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 2**

Preconference-Veranstaltung: 2. JADe-Konferenz

C. Haffner (Frankfurt a.M.), V. Dicke (Berlin), J. Steinhäuser (Heidelberg), E. Blauth (Tübingen)

Mehr Informationen zu JADe auf S. 105

09:00 - 12:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 1**

Preconference-Workshop

PWS 1-1 **Publikationsworkshop**
M. Scherer, J. F. Chenot

09:00 - 12:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 4/5**

Preconference-Workshop

PWS 2-1 **Von der Evidenz zum Cochrane-Review: Eine Praxisanleitung**
J. Kugler, J. Mehrholz

09:00 - 12:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 6/7**

Satellitensymposium: Hinsehen-Erkennen-Handeln. Partnerschaftsgewalt als gesundheits-relevantes Problem

SAT 1-1 **Hinsehen Erkennen Handeln – Modellprojekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte zum Thema häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie in Dresden**
J. Schellong

SAT 1-2 **Wie sehen medizinische Fachkräfte häusliche Gewalt? – Befragung im Rahmen des Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln, aktive Hilfen im Gesundheitssystem“**
F. Epple

12:30 - 15:45 Uhr

Satellitensymposium

SAT 2-1 **„Risikostratifizierung in der Allgemeinmedizin“**
A. Bergmann, J. Kugler

13:30 - 15:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 1**

Workshop der Sektion Fortbildung: Formate und Methodik hausärztlicher Fortbildung

WS 12-1 **Hausärztliche Fortbildung**
G. Egidi

13:30 - 15:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 3**

Workshop der Sektion Forschung

WS 13-1 **Finanzierung von (klinischer) Forschung in der Allgemeinmedizin: Pharmahörig oder auf verlorenem Posten?**
E. Hummers-Pradier, A. Altiner

13:30 - 16:50 Uhr

Professionalisierungskurs

PROF-1 **Professionalisierungskurs**
A. Klement, G. Schmiemann

15:20 - 16:50 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 2**

Podiumsveranstaltung IQWiG

POD 1-1 **Das IQWiG und die Hausärzte - wie können wir uns (noch) besser verstehen?**
M. Redaèlli, D. Simic, S. Wilm

15:20 - 16:50 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 4**

Workshop

WS 11-1 **Ein Curriculum für die Weiterbildung Allgemeinmedizin - jetzt oder nie**
J. Steinhäuser, M. Roos, B. Huenges, K. Czujewicz, C. Dörr, F. Schröder, F. Peters-Klimm, S. Joos

---

17:00 - 18:15 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 1**

Eröffnungsveranstaltung

Grußworte von M.M.Kochen (Präsident der DEGAM und Tagungspräsident), A. Bergmann (Tagungspräsidentin), D.M. Albrecht (Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums der TU Dresden), A. Deußen (Prodekan Forschung der Medizinischen Fakultät der TU Dresden)

Keynote Lecture 1: M.M.Kochen (Georg-August-Universität, Göttingen/Deutschland) - Das Un-Heil

08:30 - 09:15 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 1**

Keynote Lecture 2: Jouke van der Zee (NIVEL, Utrecht and Maastricht University/The Netherlands)

KL 2-1 **Position, remuneration and income of General Practitioners in Germany, England, The Netherlands, Belgium and France**
J. van der Zee

9:00 – 12:00 Uhr **Dekanat: Seminarraum 108a**

Workshop

Vorsitz: K. Mergenthal (Frankfurt/M.)

Wissenschaft und Forschung für Medizinische Fachangestellte (WiForMFA)

In vielen Hausarztpraxen werden Studien durchgeführt. Doch welche Art von Studien gibt es überhaupt? Welche Methode findet wann Anwendung? Wie kommen die Ergebnisse von Studien den Patienten zugute? Anhand von konkreten Fragestellungen werden die Forschungsmethoden bearbeitet und kennen gelernt. In dem Workshop werden verschiedene Studienarten vorgestellt und es wird erklärt, welche Schlüsse aus den Ergebnissen von Studien gezogen werden können.

09:30 - 11:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 1**

Quo vadis Allgemeinmedizin?

Vorsitz: J. F. Chenot (Göttingen), M. Freitag (Jena)

S 1-1 **Versorgung multimorbider Patienten in der Hausarztpraxis: Möglichkeiten für eine nachhaltige Verbesserung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen**
C. Löffler, W. Streich, C. - O. Stolzenbach, C. Reich, A. Fuchs, H. - H. Abholz, A. Altiner, H. van Den Bussche, H. Kaduszkiewicz

S 1-2 **Welche Krankenhauseinweisungen sind bei multimorbiden Patienten vermeidbar? Chancen und Grenzen hausärztlichen Case Managements**
T. Freund, C. Mahler, J. Szecsenyi, F. Peters-Klimm

S 1-3 **Die Auswahl geeigneter Patienten für Hausarztpraxis-basiertes Case Management – Arzteinschätzung und statistisches Vorhersagemodell im Vergleich**
T. Freund, A. Erler, J. Gensichen, J. Szecsenyi, F. Peters-Klimm

S 1-4 **Quo vadis MFA? Das Arbeitsfeld und das professionelle Selbstverständnis der Medizinischen Fachangestellten im Wandel**
I. Schluckebier, P. Jansen, M. Redaèlli, V. Kalitzkus, S. Wilm

S 1-5 **Sicherheit und Wirksamkeit der telemedizinischen Behandlung von unkomplizierten Harnwegsinfekten**
E. Blozik, C. Sommer-Meyer, M. Cerezo, J. von Overbeck

S 1-6 **Erste Ergebnisse der Begleitevaluation des Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrums (SCHAAZ)**
A. Erler, G. Welbers, M. Beyer, F. M. Gerlach

09:30 - 11:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 2**

Nachwuchsförderung für Praxis und Forschung

Vorsitz: M. Ehrhardt (Hamburg), H. Lingner (Hannover)

S 2-1 **Wie lässt sich dem Ärztemangel in der Allgemeinmedizin wirksam begegnen? Ein Projektbeispiel aus Schweden**
J. Wiethege, G. Sommansson

S 2-2 **Berufsbild Landarzt: Was hält der hausärztliche Nachwuchs davon? - eine internetbasierte Umfrage.**
J. Steinhäuser, N. Annan, F. Böhlen, T. Ledig, S. Joos

S 2-3 **Weiterbildung Allgemeinmedizin – die Perspektive der weiterbildungsbefugten Ärzte.**
J. Steinhäuser, T. Ledig, M. Roos, S. Bilger, S. Joos

S 2-4 **Berufswahl „Allgemeinmedizin" – ein Fach mit Perspektive?**
K. Kiolbassa, A. Miksch, K. Hermann, S. Joos, J. Szecsenyi, I. Hornburg, A. Loh, K. Götz

S 2-5 **Erste Ergebnisse der internationalen Umfrage des Vasco da Gama Movement zur Weiterbildungs- und Arbeitssituation junger in Weiterbildung befindlicher (Allgemein-)Mediziner**
M. Roos, E. Blauth, J. Steinhäuser, G. Laux, S. Joos, F. Peters-Klimm

S 2-6 **HeiTrain – Nachwuchswissenschaftler im Fach „Allgemeinmedizin" gezielt fördern**
K. Götz, J. Szecsenyi, S. Joos

09:30 - 11:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 3**

Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis

Vorsitz: S. Bösner (Marburg), I. Natanzon (Heidelberg)

S 3-1 **Konzepte, Prozesse und Probleme bei der Diagnostik depressiver Störungen in der Hausarztpraxis - eine systematische Übersicht qualitativer Studien**
I. Schumann, C. Kantert, A. Schneider, K. Linde

S 3-2 **Case Management und Patientenzufriedenheit bei hausärztlichen Patienten mit Major Depression.**
T. Fankhänel, J. Mönnig, M. Freitag, M. Walther, J. Petersen, J. Gensichen

S 3-3 **Psychische Komorbidität, shared decision making und Utilisierung im Gesundheitswesen: eine Erhebung in hausärztlichen Praxen**
A. Schneider, I. Schumann, E. Hörlein, E. Wartner, K. Linde

S 3-4 **"Ist das so einer?" - eine qualitative Studie zu den Gefährdungskriterien für Somatoforme Störungen bei Patienten in der Hausarztpraxis**
A. Schumacher, K. Voigt, A. Bergmann

S 3-5 **www.krankheitserfahrungen.de - Wie Patienten ihr Kranksein erleben**
U. Schwantes, M. Breuning, W. Himmel, J. Koschak, H. Schäfer, G. Lucius-Hoene

S 3-6 **Motivierende Gesprächsführung in der hausärztlichen Lebensstil- Beratung**
U. Sonntag, J. Wiesner, V. Braun, C. Heintze

09:30 - 11:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 4**

Workshop

WS 18-1 **Diagnosencodierung**
U. Popert

09:30 - 12:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 1**

Podiumsdiskussion TdA „Netzwerke"

09:30 - 12:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 5**

Professionalisierungskurs

WS 10-1 **WORKSHOP: Werkzeugkasten Allgemeinmedizinische Forschung**
G. Schmiemann, J. Bleidorn, M. Kersting, K. Gebhardt

11:15 - 12:00 Uhr **Foyer MTZ**

Posterbegehungen 1

11:15 - 12:00 Uhr **Foyer MTZ**

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Vorsitz: M. Roos (Heidelberg)

P 1-1-1 **Die Relevanz von „Allgemeinmedizin“ im Studium – Beobachtungen im Querschnitt**
K. Götz, K. Kiolbassa, A. Miksch, K. Hermann, A. Loh, J. Szecsenyi, S. Joos

P 1-1-2 **Wie gut werden Studierende durch Lehrveranstaltungen in verschiedenen klinischen Fächern auf die Tätigkeit eines Hausarztes vorbereitet? – Eine Untersuchung mit Studierenden vor dem Eintritt ins Praktische Jahr**
H. - M. Schäfer, M. Sennekamp

P 1-1-3 **Erstellung und Implementierung eines Logbuches für das PJ-Tertial Allgemeinmedizin**
K. Böhme, W. Niebling

P 1-1-4 **Interdisziplinäres Wahlpflichtfach Orale Geriatrie - Konzeption, Durchführung und Evaluierung des allgemeinmedizinischen Anteils einer Lehrveranstaltung für Studierende der Zahnmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**
C. Mews, N. Domschke, Ä. - D. Jahncke-Latteck, D. Reissmann, H. van Den Bussche

P 1-1-5 **Fünf Jahre E-Learning in der Allgemeinmedizin (ELA) – Quo vadis?**
C. - C. Schürer-Maly, E. Gummersbach, U. - M. Waldmann, M. Fischer, H. - H. Abholz, H. C. Vollmar

P 1-1-6 **Allgemeinmedizinischer Weiterbildungsverbund in einem ländlich strukturierten Raum**
K. Schulten

P 1-1-7 **Vergleich der Weiterbildungsvorgaben für „ärztliche Führung“ 1935 und 2007**
T. Maibaum, A. Altiner, C. Dahlke

P 1-1-8 **Fortbildungsbedarf bei Hausärzten – Eine Befragung des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IhF) der Hausärzte in Deutschland**
F. Ailinger, H. - M. Mühlenfeld

11:15 - 12:00 Uhr **Foyer MTZ**

Medikamentöse Versorgung älterer Menschen

Vorsitz: P. Mand (Hannover)

P 1-2-1 **Zusammenführung unterschiedlicher Sichtweisen über die Auswirkungen der Medikamenten-Rabattverträge in Deutschland - von Patienten, Ärzten und Apotheken**
D. Gröber-Grätz, M. Gulich

P 1-2-2 **Sicherheit und Verträglichkeit der H1N1 Impfung mit Pandemrix©, Focetria© und Celvapan© nach geschätzten 42.3 Millionen Impfungen in der EU**
U. Ullmann, C. Melzer

P 1-2-3 **Umfang und Bewertung von Arzneimittelinteraktionen bei hausärztlichen Patienten mit Polypharmakotherapie**
K. H. Stecker, A. Gurjanov, E. Hummers-Pradier, G. Schmiemann

P 1-2-4 **Standardisierung der Meldung von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen von Medizinprodukten durch ein neues gemeinsames Formblatt des BfArM und PEI**
U. Ullmann, G. Kaps

P 1-2-5 **Eine komplexe Intervention bei älteren, multimorbiden Patienten mit Multimedikation war in der Hausarztpraxis praktikabel: die Perspektive von Medizinischen Fachangestellten in einer cluster-randomisierten Pilotstudie (PRIMUM; BMBF-Fkz: 01GK0702)**
A. Ziegemeyer, C. Güthlin, B. Werner, S. Harder, W. E. Haefeli, J. Rochon, M. Beyer, A. Erler, F. M. Gerlach, M. van Den Akker, C. Muth

P 1-2-7 **"Antikoagulations-Potpourri" - Umfrage zur Antikoagulation im haus- oder spezialärztlichen Kontext mit Hilfe von speziellen Fallvignetten**
J. Schelling, U. Schelling, A. Standl, A. Stein, G. Oberprieler

---

11:15 - 12:00 Uhr **Foyer MTZ**

Schnittstellen

Vorsitz: I. Schluckebier (Witten/Herdecke)

P 1-3-1 **„InteraKtion“ - Rückmeldequalität im Rahmen der gemeinsamen Therapie: Wie beurteilen Hausärzte ihre fachärztlichen Kollegen?**
R. Bölter, I. Natanzon, D. Gröber-Grätz, D. Moßhammer, S. Joos, D. Ose

P 1-3-2 **„InteraKtion“ - Begleiten Hausärzte ihre Patienten bei Überweisungen zum Spezialisten? Chancen und Grenzen**
D. Ose, R. Bölter, D. Gröber-Grätz, D. Moßhammer, S. Joos, I. Natanzon

P 1-3-3 **Gegenseitige Erfahrungen von Haus- und Betriebsärzten - eine qualitative Studie anhand von Fokusgruppeninterviews**
I. Manske, P. Grutschkowski, I. Natanzon, M. A. Rieger, D. Moßhammer

P 1-3-4 **"Wie sehen sich Haus- und Betriebsärzte gegenseitig?"- Eine Schnittstellenanalyse anhand von Fokusgruppen**
P. Grutschkowski, I. Manske, I. Natanzon, M. A. Rieger, D. Moßhammer

P 1-3-5 **Überweisungspraxis zwischen niedergelassenen Allgemeinmediziner und Spezialisten in Baden-Württemberg -wohin überweisen Hausärzte und wie werden Spezialisten in Anspruch genommen**
D. Gröber-Grätz, M. Gulich, H. - P. Zeitler

P 1-3-6 **Haben regionale Unterschiede und die Größe der Hausarztpraxis einen Einfluss auf die Überweisungssituation von Hausärzten zu Spezialisten-Ergebnisse aus Baden-Württemberg**
D. Gröber-Grätz, M. Gulich, H. - P. Zeitler

P 1-3-7 **Schon wieder ein Fragebogen ... Non-Responder Analysen zur Teilnahme von Ärzten an einer Befragungsstudie**
N. Schneider, M. Behmann, T. Wernstedt, U. Walter, F. Kühne

11:15 - 12:00 Uhr **Foyer MTZ**

Sonstiges/Begutachtung

Vorsitz: H. Keller (Marburg)

P 1-4-1 **Hausärztliche Sonographie - ein breites Spektrum?! Stand der sonographischen Aktiväten in der Hausarztpraxis im Spannungsfeld von Fachkunden, Abrechnungsgenehmigungen, Versorgungsgrenzen und EBM/GOÄ**
J. Schelling, A. Standl, A. - M. Bauer, U. Schelling

P 1-4-2 **Umsetzung Leitlinien-gerechter sekundärpräventiver Maßnahmen in der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (Eine Befragung von Patienten und Hausärzten zur Umsetzung von Leitlinien)**
J. Schelling, D. Taylor, N. Weiss

P 1-4-3 **Unterschiede von Check up- Beratungsgesprächen zwischen Ärztinnen und Ärzten**
C. Heintze, U. Sonntag, J. Henkel, V. Braun

P 1-4-4 **Gender Bias im Umgang mit Brustschmerz Patienten - neue Einsichten**
S. Bösner, J. Haasenritter, K. Karatolios, J. Schäfer, M. Abu Hani, H. Keller, A. Sönnichsen, E. Baum, N. Donner-Banzhoff

P 1-4-5 **Hausarzt - Gutachter**
A. Stein, W. Niebling, A. Klement, M. Becker, C. Jakasovic, J. Schelling, A. Standl, J. Hecht-Bohmann

P 1-4-6 **Begutachtung - Verhandlungsfähigkeit**
A. Stein, W. Niebling, M. Becker, C. Jakasovic, J. Hecht-Bohmann, A. Klement, J. Schelling, A. Standl

P 1-4-7 **Begutachtung - Betreuungsrecht**
A. Stein, W. Niebling, M. Becker, J. Hecht-Bohmann, C. Jakasovic, A. Klement, J. Schelling, A. Standl

11:15 - 12:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 1**

Podiumsdiskussion TdA „Paten-Praxen-Projekt in Sachsen“

12:00 - 12:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 6/7**

Mittelbauertreffen

Vorsitz: J. Bleidorn (Hannover)

12:45 - 13:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 1**

Keynote Lecture 3: Chris Del Mar (Bond University, Queensland/Australia)

KL 3-1 **Getting research into practice: can we do this better?**
C. Del Mar

13.00 - 15.00 Uhr **Dekanat: Seminarraum 108a**

Treffen der Arbeitsgruppe Wissenschaft und Forschung für Medizinische Fachangestellte (WiForMFA)

Vorsitz: I. Schluckebier (Witten-Herdecke)

13:30 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 1**

Praxisepidemiologische Forschung

Vorsitz: R. Voigt (Dresden), F. Peters-Klimm (Heidelberg)

S 4-1 **SESAM, CONTENT, Braun - Verteilung : Werkzeuge zur Komplexitätsreduktion hausärztlicher Praxisepidemiologie im Vergleich.**
M. Konitzer, V. Lipatov, T. Knigge, W. Fink, K. - H. Bründel

S 4-2 **Der Beratungsanlass in der allgemeinmedizinischen Konsultationssprechstunde**
R. Voigt, K. Voigt, J. Dietrich, S. R. Bornstein, A. Bergmann

S 4-3 **Prävalenzen von Schilddrüsenerkrankungen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung in Sachsen. - Ergebnisse der 4. Sächsischen Epidemiologischen Studie der Allgemeinmedizin (SESAM 4)**
K. Voigt, K. Gerlach, H. Sihvonen-Riemenschneider, J. Liebnitzky, R. Voigt, J. Dietrich, E. Bodendieck, S. R. Bornstein, A. Bergmann

S 4-4 **Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung - Erste Ergebnisse aus der prospektiven Beobachtungsstudie MultiCare**
H. Hansen, G. Schön, H. van Den Bussche, I. Schäfer

13:30 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 2**

Lehre in der Allgemeinmedizin

Vorsitz: C. Müller (Hannover), E. Baum (Marburg)

S 5-1 **Welche Erwartungen haben Medizinstudenten/innen der Vorklinik in ein Wahlfachseminar zur Einführung in die hausärztliche Medizin**
K. Schulten

S 5-2 **Tutorium Untersuchungstechniken - Eigenübungen im Rahmen des curricularen Untersuchungskurses an der TU München**
W. A. Blank, H. Blankenfeld, A. Schneider

S 5-3 **Peer-Tutorium praktische Fertigkeiten - Schwerpunkt "Körperliche Untersuchung"**
M. Ehrhardt, E. Puschmann, K. Sydow, J. Pollock, O. Kuhnigk, A. Soulos

S 5-4 **Logbuch im Blockpraktikum Allgemeinmedizin – Erfahrungen mit der elektronischen Version**
E. Gummersbach, K. Stock, H. - H. Abholz, C. - C. Schürer-Maly

---

13:30 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 3**

VERAH® Workshop

WS 1-1 **VERAH® Workshop**
H. - M. Mühlenfeld

13:30 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 4**

Workshop

WS 2-1 **Studierende einteilen leicht gemacht – das Frankfurter Online-Eintragungssystem für Studentenunterricht in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen**
H. - M. Schäfer, C. Hehne, G. Taeuber, F. M. Gerlach

13:30 - 15:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 1**

Workshop/TdA: Leitlinien

13:30 - 16:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 6/7 & Skillslab**

Workshop/TdA für Medizinische Fachangestellte

WS 14-1 **TdA für Medizinische Fachangestellte: Qualitätsmanagement in der Praxis**
U. Rendenbach

WS 14-2 **TdA für Medizinische Fachangestellte: EKG mit prakt.Übungen (Skillslab)**
K. Seele, K. Marschner

14:45 - 15:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 1**

Freie Themen/Sonstiges

Vorsitz: A. Altiner (Rostock), C. Mahler (Heidelberg)

S 6-1 **PRIorisierung und Optimierung von MUltimedikation bei Multimorbidität (PRIMUM, BMBF-Fkz: 01GK0702): Intervention und Studiendesign der cluster-randomisierten Pilotstudie waren praktikabel**
C. Muth, B. Werner, S. Harder, W. E. Haefeli, J. Rochon, C. Güthlin, A. Ziegemeyer, A. Namyst, M. Beyer, A. Erler, F. M. Gerlach, M. van Den Akker

S 6-2 **Können Computer unsere Einstellungen ändern? - Wirksamkeit einer computerbasierten Beratungsergänzung für Rückenschmerzpatienten**
A. Becker, L. Feuerhahn, L. Papajewski, D. Herzberg, N. Marsden, C. Leonhardt

S 6-3 **Patienten mit Brustschmerz und Koronare Herzkrankheit – Wie treffsicher ist die Verdachtsdiagnose des Hausarztes?**
J. Haasenritter, S. Bösner, K. Karatolios, J. Schäfer, M. Abu Hani, H. Keller, A. Sönnichsen, E. Baum, N. Donner-Banzhoff

S 6-4 **Praxisblutdruckmessung – eine adäquate Methode zur Einschätzung der Behandlungsrealität in der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung?**
I. Tinsel, A. Loh, W. Niebling, K. Böhme, T. Dürk, S. Beck, A. Buchholz, K. - G. Fischer

S 6-5 **Protonenpumpenhemmer-Empfehlungen in Krankenhausentlassungsbriefen - sind sie immer indiziert?**
D. Ahrens, G. Behrens, M. M. Kochen, J. F. Chenot

14:45 - 15:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 2**

Forschungsmethodik

Vorsitz: A. Sönnichsen (Salzburg), C. Güthlin (Frankfurt a.M.)

S 7-1 **Leitlinie Kreuzschmerz: Erfahrungen mit einer Kosten-Effektivitätsauswertung**
A. Becker, H. Held, M. Redaèlli, C. Leonhardt, J. F. Chenot, M. M. Kochen, M. Pfingsten, N. Donner-Banzhoff, E. Baum, S. Keller, H. - D. Basler, J. Hildebrandt, K. Strauch

S 7-2 **Psychometrische Eigenschaften des Patient Health Questionnaire: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?**
J. Petersen, M. A. Paulitsch, C. Güthlin, K. Mergenthal, S. Rauck, F. M. Gerlach, J. Gensichen

S 7-3 **Evaluierung einer deutschen Version des Health Care Climate Questionaire (HCCQ-D)**
K. Schmidt, J. Gensichen, J. Petersen, T. Freund, J. Szecsenyi

S 7-4 **Professionalisierungsstrategien im Profi-Kurs der DEGAM: Eine qualitative Mehrebenenuntersuchung**
A. Klement, S. Grundke, Teilnehmer des 5. Professionalisierungskurses der Degam

---

14:45 - 15:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 3**

Versorgungsforschung 1

Vorsitz: H. C. Vollmar (Witten-Herdecke), K. Götz (Heidelberg)

S 8-1 **Klassifikationssysteme zur Beschreibung und Analyse von unerwünschten Ereignissen in der Primärversorgung - eine systematische Literaturrecherche**
K. Klemp, B. Hoffmann, F. M. Gerlach

S 8-2 **Wie beurteilen Patienten mit koronarer Herzerkrankung die hausärztliche Versorgung im Europäischen Vergleich?**
S. Ludt, J. van Lieshout, M. Wensing, J. Szecsenyi

S 8-3 **arriba-lib – E-Bibliothek der Entscheidungshilfen für die hausärztliche Praxis. Erste Ergebnisse einer Erprobungsstudie aus Sicht der Patienten.**
O. Hirsch, H. Keller, C. Albohn-Kühne, N. Donner-Banzhoff

S 8-4 **arriba-lib – E-Bibliothek der Entscheidungshilfen für die hausärztliche Praxis. Erste Ergebnisse einer Erprobungsstudie aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte.**
O. Hirsch, H. Keller, C. Albohn-Kühne, N. Donner-Banzhoff

14:45 - 15:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 8**

Workshop

WS 4-1 **Schreibwerkstatt Fallberichte**
M. Lohnstein, G. Rueter

14:45 - 15:45 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 5**

Workshop

WS 5-1 **Quartäre Prävention oder die Verhinderung nutzloser Medizin - eine Aufgabe für Hausärzte im 21. Jahrhundert**
T. Kühlein, S. Joos

08:30 - 09:15 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 1**

Keynote Lecture 4: Hendrik van den Bussche

Die Aufgaben einer wissenschaftlichen Gesellschaft in der Allgemeinmedizin - späte Gedanken eines Abgängers

---

09:30 - 11:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Hörsaal 1**

Podiumsdiskussion TdA „Weiterbildung“

09:30 - 11:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 2**

Versorgung alter Menschen

Vorsitz: R. Bölter (Heidelberg), A. Stein (München)

S 10-1 **Die Versorgung von Menschen mit Demenz im Jahre 2030 – Ergebnisse eines Szenario-Prozesses (Sze-Dem)**
H. C. Vollmar, B. Beckert, B. Hüsing, K. Cuhls, S. Bartholomeyczik, S. Wilm

S 10-2 **Psychopharmaka für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen: Wer, was, wieviel?**
S. Wilm, G. Bureick, M. Halek, D. Hardenacke, R. Knee, C. Krüger, H. Mayer, S. Bartholomeyczik

S 10-3 **Können Qualitätsinstrumente zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Altenheimen beitragen?**
G. Bureick, S. Löscher, M. Halek, D. Hardenacke, C. Krüger, R. Knee, H. Mayer, S. Bartholomeyczik, S. Wilm

S 10-4 **Arzt-Patient-Gespräche nach einem geriatrischen Assessment: Patientenzentrierung und Priorisierung**
J. Wrede, J. Bleidorn, I. Voigt, U. Junius-Walker, M. - L. Dierks

S 10-5 **Prevention of Falls (PreFalls) - Multidisziplinäre Intervention zur Sturzreduktion im hausärztlichen Umfeld**
W. A. Blank, P. Landendörfer, E. Freiberger, K. Linde, M. Siegrist

S 10-6 **Die Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo) für Bewohner von Senioreneinrichtungen: Bindeglied zwischen Patientenverfügung und Therapieentscheidung im Krisenfall**
J. in der Schmitten, S. Rothärmel, D. Latz, G. Marckmann

09:30 - 11:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 3**

Versorgungsforschung 2

Vorsitz: T. Langer (Witten-Herdecke), C. Jakasovic (München)

S 11-1 **Soziale Anliegen in der Hausarztpraxis – Art und Umfang anlässlich von 1700 Konsultationen**
D. Jobst

S 11-2 **Umfassende Gesundheitsplanung in der Hausarztpraxis: Effekte nach 9 Monaten**
P. Kempis, B. Weltermann, S. Gesenhues

S 11-3 **Der Einfluss sozialer Unterstützung auf kognitive Veränderung und Mortalität**
M. Eisele, H. Kaduszkiewicz, H. van Den Bussche, T. Zimmermann, B. Wiese, M. Scherer

S 11-4 **Mit Unsicherheit leben - KHK Diagnose im Niedrigprävalenzbereich**
S. Bösner, J. Haasenritter, K. Karatolios, J. Schäfer, M. Abu Hani, H. Keller, A. Sönnichsen, E. Baum, N. Donner-Banzhoff

S 11-5 **Palliativmedizinische Versorgung durch Hausärzte in einer ländlichen Region: eine Bestandsaufnahme der Jahre 2007/2008**
B. Weltermann, A. Terhorst, P. Kempis, S. Gesenhues

S 11-6 **Patientenverfügung im Partizipativen Prozess (PPP) in der hausärztlichen Praxis-Vorstellung und Zwischenbericht eines RCT**
T. Dürk, F. Koelbing, J. Kracht, W. Niebling, I. Tinsel, A. Buchholz, A. Loh, K. Böhme

09:30 - 11:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 1**

Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung

Vorsitz: M. Redaèlli (Witten-Herdecke), U. Popert (Göttingen)

S 9-1 **Ein Hausarztmodell für Österreich: Analyse der Rahmenbedingungen und Umsetzungspotenziale**
T. Fischer, M. Schauppenlehner

S 9-2 **Die Entwicklung der norwegischen Allgemeinmedizin - ein Vorbild für Deutschland?**
W. Herrmann, A. Bærheim

S 9-3 **Zukunftsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung- eine SWOT-Analyse anhand des Medical Home-Konzepts**
A. Erler, C. Lilienkamp, M. Beyer, F. M. Gerlach

S 9-4 **Entwicklung von Alters-adaptierten, Risiko- und Prioritäts-gesteuerten Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Hausarztverträge nach § 73b**
G. Schmiemann, J. Biesewig-Siebenmorgen, G. Egidi

S 9-5 **Werden die Bedürfnisse von Patienten hinsichtlich Gesundheitsberatung und Prävention in der Allgemeinarztpraxis erfüllt? Ergebnisse einer internationalen Fragebogenstudie (EUROPREVIEW Patient Study)**
A. Mortsiefer, S. Ludt, C. Brotons

S 9-6 **Was Patienten wissen wollen – Eine Neugestaltung der Packungsbeilage aus Patientensicht**
D. Simic, V. Mülders, O. R. Herber, S. Wilm, D. Schwappach, P. A. Thürmann

---

09:30 - 11:00 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 6**

Workshop

WS 6-1 **Warum sollten Hausärzte gute Daten sammeln, und für wen? - Ein Workshop zur Nutzung von hausärztlichen Routinedaten**
J. Hauswaldt, T. Kühlein, M. Kersting, E. Hummers-Pradier

10:00 - 11:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 4**

Treffen der AG Komplementärmedizin & Allgemeinmedizin

11:15 - 12:15 Uhr **Foyer MTZ**

Posterbegehungen 2

11:15 - 12:15 Uhr **Foyer MTZ**

Versorgung älterer Menschen

Vorsitz: J. Bleidorn (Hannover)

P 2-1-1 **Die Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase - Qualitative Interviews mit Hinterbliebenen**
M. Schumacher, N. Schneider

P 2-1-2 **„Das Altern entschlüsseln" – ein wichtiges Zukunftsfeld im BMBF-Foresight-Prozess**
H. C. Vollmar, P. Georgieff, B. Hüsing, A. Beyer-Kutzner, K. Cuhls

P 2-1-3 **Eine komplexe Intervention bei älteren, multimorbiden Patienten mit Multimedikation war in der Hausarztpraxis praktikabel: die Perspektive von Hausärzten/innen in einer cluster-randomisierten Pilotstudie (PRIMUM; BMBF-Fkz: 01GK0702)**
A. Namyst, A. Ziegemeyer, C. Güthlin, B. Werner, S. Harder, W. E. Haefeli, J. Rochon, M. Beyer, A. Erler, F. M. Gerlach, M. van Den Akker, C. Muth

P 2-1-4 **Partizipative Entscheidungsfindung bei Bluthochdruckpatienten - ein systematisches Review**
L. Diemer, A. Loh, A. Buchholz, W. Niebling, T. Dürk

P 2-1-5 **Die hausärztliche Vertrautheit mit dem Patienten – eine mögliche Barriere bei der Erkennung kognitiver Defizite?**
M. Pentzek, A. Fuchs, J. in der Schmitten, A. Wollny

P 2-1-6 **Stellenwert der Patientenmotivation in der hausärztlichen Hypertonie-Therapie**
M. Füller, W. Niebling, K. - G. Fischer, A. Loh, S. Beck, K. Böhme, T. Dürk, A. Buchholz, I. Tinsel

P 2-1-7 **Das erste Jahr nach dem Schlaganfall zu Hause – eine Analyse der Versorgungssituation. Ergebnisse aus MultiCare, Teilprojekt 3, Forschungsverbund „Gesundheit im Alter“ (BMBF - 01ET0725)**
A. Barzel, G. Ketels, H. Krüger, B. Tetzlaff, B. Winkelmann, A. - C. Wichmann, M. Rosenkranz, C. Gerloff, M. Supplieth, G. Schön, H. van Den Bussche

P 2-1-8 **Ältere hausärztliche Patienten mit inzidentem Schwindel: eine prospektive follow-up Studie**
J. Sczepanek, E. Hummers-Pradier, C. Kruschinski

P 2-1-9 **Partizipative Entscheidungsfindung bei der Beratung zur Patientenverfügung in der hausärztlichen Praxis.**
T. Dürk, J. Kracht, F. Koelbing, A. Buchholz, I. Tinsel, K. Böhme, W. Niebling, A. Loh

P 2-1-10 **Hausärztliche Palliativversorgung: Eine Positionierung**
N. Schneider

P 2-1-11 **Die Vertreterverfügung – ein neues Instrument zur Realisation des Auftrags von Betreuern dauerhaft entscheidungsunfähiger Menschen im Sinne des zum 01.09.2009 in Kraft getretenen Gesetzes zur Patientenverfügung**
J. in der Schmitten, S. Rothärmel, G. Marckmann

11:15 - 12:15 Uhr **Foyer MTZ**

Praxisepidemiologie

Vorsitz: J. Petersen (Frankfurt)

P 2-2-1 **KHK Ausschluss im hausärztlichen Versorgungsbereich – sind geschlechtsspezifische Scores von Nutzen?**
S. Bösner, J. Haasenritter, K. Karatolios, J. Schäfer, M. Abu Hani, H. Keller, A. Sönnichsen, E. Baum, N. Donner-Banzhoff

P 2-2-2 **Evaluation eines lokalen KHK-Behandlungspfades – Ergebnisse des Praxistests**
L. Kramer, S. Träger, E. Baum, N. Donner-Banzhoff

P 2-2-3 **Durchfall als Beratungsanlass in der allgemeinmedizinischen Konsultationssprechstunde - Ergebnisse der 4. Sächsischen Epidemiologischen Studie der Allgemeinmedizin (SESAM 4) der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM)**
K. Gerlach, K. Voigt, J. Liebnitzky, J. Dietrich, E. Bodendieck, S. R. Bornstein, R. Voigt, A. Bergmann

P 2-2-4 **Beratungsanlässe bei Adipositaspatienten in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde. Erste Ergebnisse der 4. Sächsischen Epidemiologischen Studie in der Allgemeinmedizin (SESAM 4) der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und des Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der TU Dresden**
R. Köppel, K. Voigt, R. Voigt, S. R. Bornstein, A. Bergmann

P 2-2-5 **Häufige Beratungsanlässe bei Diabetes mellitus 2-Patienten in der hausärztlichen Versorgung in Sachsen.**
K. Voigt, K. Gerlach, J. Liebnitzky, J. Dietrich, R. Voigt, S. R. Bornstein, A. Bergmann

P 2-2-6 **Übereinstimmung der Behandlung von Infekten der oberen Luftwege mit den Empfehlungen der Ständigen Leitlinienkommission der DEGAM (SLK)**
M. Becker, A. Stein, U. Schnell, S. Claus, K. - P. Braun, A. Klement

P 2-2-7 **Partizipative Entscheidungsfindung am Beispiel der Beratung zur Patientenverfügung - Ein Systematisches Review**
T. Dürk, F. Koelbing, J. Kracht, A. Buchholz, I. Tinsel, K. Böhme, W. Niebling, A. Loh

P 2-2-8 **Welche Fehler machen Hausärzte? Ergebnisse der Gutachterkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg von 2003 bis 2008**
M. Eissler, D. Moßhammer

P 2-2-9 **Teilnahme hausärztlicher Praxen an einem Versorgungsforschungsprojekt - Erfahrungen mit der Praxisrekrutierung**
J. Bleidorn, I. Voigt, J. Wrede, M. Dierks, U. Junius-Walker

P 2-2-10 **Häufigkeiten und Gründe für den Einsatz von Placebointerventionen in der allgemeinmedizinischen Praxis: Erste Ergebnisse einer Fragebogenstudie**
K. Meissner, L. Höfner, K. Linde

11:15 - 12:15 Uhr **Foyer MTZ**

Psychische Erkrankungen/Kommunikation

Vorsitz: O. Hirsch (Marburg)

P 2-3-1 **Körperliche Beschwerden ohne eindeutige organische Ursache? PISO – ein teilstationäres Behandlungsangebot für Patienten mit Somatoformen Störungen**
K. Pöhlmann, S. Löffler, J. Schellong, S. Döbbel, C. Schilling, E. Eismann, I. Böhm, P. Joraschky

P 2-3-2 **Somatoforme Störungen in der Hausarztpraxis - eine Längsschnittstudie an Hausarztpatienten**
K. Vogt, K. Voigt, A. Bergmann

P 2-3-3 **Partizipative Entscheidungsfindung im Umgang mit Fibromyalgiepatienten. - Mit welchen kommunikativen Inhalten in der Konsultation wird die Beteiligung von Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung realisiert?**
T. Dürk, C. Celanowski, C. Bieber, I. Tinsel, W. Niebling, A. Loh

P 2-3-4 **Case Management bei Depression in der allgemeinmedizinischen Praxis – eine Typologie**
C. Güthlin, C. Jäger, V. Kleppel, J. Petersen, F. M. Gerlach, J. Gensichen

P 2-3-5 **Früherkennungszentrum „Dresden früh dran"**
C. Marx, A. Pfennig, K. Leopold, P. Ritter

P 2-3-6 **Erfassung und Systematisierung präventiv orientierter Gesprächsinhalte in der hausärztlichen Praxis**
K. Stock, W. Streich, H. - H. Abholz

P 2-3-7 **Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Ein systematischer Überblick über die Effektivität partizipativer Entscheidungsfindung (PEF) in der Allgemeinmedizin**
A. Papez, A. Loh, W. Niebling, T. Dürk, A. Buchholz

P 2-3-8 **Umgang mit Adipositas in der Hausarztpraxis: Was denken übergewichtige Patienten und ihre Hausärzte ?**
C. Heintze, U. Sonntag, A. Brinck, M. Huppertz, J. Wiesner, V. Braun

P 2-3-9 **Entscheidungen in der Hausarztpraxis – Qualitative Analyse kommunikativer Prozesse in der Herz-Kreislaufberatung**
H. Keller, M. Müller-Engelmann, T. Krones, N. Donner-Banzhoff

---

11:15 - 12:15 Uhr **Foyer MTZ**

Interkulturelle Themen/Sonstiges

Vorsitz: C. Levin (München)

P 2-4-1 **Interkulturelle Medizin: Erwartungen und Erfahrungen chronisch kranker Patienten mit dem russisch-sprachigen Migrationshintergrund beim Hausarzt. Ergebnisse einer qualitativen Befragung.**
V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, E. Baum

P 2-4-2 **Der muslimische Patient – Spielt Religion bei der Hausarztwahl eine Rolle?**
C. Akbaba, M. H. Djavadi, E. Streicherova, J. Weißgerber, A. Kronenthaler

P 2-4-3 **Schamverständnis junger muslimischer Patientinnen**
S. Diel, S. Hearn, K. Rambow, A. Kronenthaler

P 2-4-4 **„Exotischer Fall?" Nephropathia epidemica – Fallbericht einer Hantavirus-Infektion aus der Hausarztpraxis**
D. Moßhammer, E. Reichert, W. Reichert

P 2-4-5 **Vermittlung von Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) durch einen fallbasierten Online-Kurs: Validierung eines Fragebogens zur Evaluation an mehreren Fakultäten**
J. Schelling, M. Pfeiffer, C. Lenz, A. Standl, M. Fischer

P 2-4-6 **Leitlinien: Einstellungen von Studierenden und Einflussfaktoren auf deren Meinungsbildung**
U. - M. Waldmann, M. Gulich, H. - P. Zeitler

P 2-4-7 **Übereinstimmung der Behandlung von Infekten aus dem Bereich der oberen Luftwege mit den Empfehlungen der Ständigen Leitlinienkommission (SLK) der DEGAM**
M. Becker, A. Stein, U. Schnell, S. Claus, K. - P. Braun

P 2-4-8 **Kryokonservierung zur Fertilitätsreserve**
G. Keck, I. Trinkaus, E. Gouma, K. Keller, J. L. Wacker, W. Distler

P 2-4-9 **Projekt „Nichtärztliche Praxisassistenz"**
H. Klemmt, K. Schiller, S. Marzinkowski

13:00 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 2**

Interkulturelle Medizin

Vorsitz: M. Becker (Karlsruhe), S. Claus (Mainz)

S 12-1 **Zwischen Bereicherung und Belastung – wie Hausärzte die Betreuung von Migranten erleben**
T. Langer, Y. Adam, M. Stülb, R. Porst, S. Gupta

S 12-2 **Interkulturelle Medizin: Ergebnisse einer quantitativen Online- und Briefumfrage unter Deutschen, russisch-sprachigen Migranten und Russen.**
K. Teigeler, V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, E. Baum

S 12-3 **Interkulturelle Medizin: Russisch-sprachige Migranten beim Hausarzt. Ergebnisse einer qualitativen Befragung der Ärzte.**
V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, E. Baum

S 12-4 **Krankheitskonzepte von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund - Sind diese wirklich so anders? Was sind Stereotype?**
N. Becker, G. Koc, Y. Mustafa, H. Gerlach, H. - H. Abholz

S 12-5 **Erfahrungen deutscher Hausärzte mit dem Schamverständnis muslimischer Patientinnen**
S. Diel, S. Hearn, K. Rambow, A. Kronenthaler

13:00 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 3**

Strukturierte Versorgung

Vorsitz: H. Kaduszkiewicz (Hamburg), T. Freund (Heidelberg)

S 13-1 **Nationale Versorgungs Leitlinie und Disease-Management-Programm Asthma – Kommen die Inhalte bei den Patienten an? – Vergleich zwischen gesetzlich und privat Versicherten mit und ohne DMP-Betreuung**
S. Flesch, B. Bücker, M. Pentzek, S. Wilm, H. - H. Abholz, S. Löscher, C. - C. Schürer-Maly

S 13-2 **Hausarzttalltag mit DMP und NVL Asthma bronchiale – Eine Fragebogenstudie**
B. Bücker, S. Löscher, D. Simic, R. Porst, A. Krieger, M. A. Rieger, S. Wilm

S 13-3 **Selektionsbias revisited: Unterscheiden sich die Baselinedaten von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern des Disease Management-Programms Diabetes mellitus Typ II?**
B. Werner, B. Riens, B. Pöhlmann, P. Kaufmann-Kolle, M. Beyer, F. M. Gerlach, A. Erler

S 13-4 **Defizite in der Versorgung von Diabetikern, die zur Teilnahme an einem Disease Management Programm bereit sind**
M. Flamm, H. Winkler, P. Kowatsch, G. Klima, B. Fürthauer, R. Weitgasser, A. Sönnichsen

S 13-5 **Diagnostische und therapeutische Konsequenzen eines standardisierten geriatrischen Assessments (STEP) in der hausärztlichen Praxis – was bringt es?**
C. Müller, E. Penner, U. Junius-Walker, E. Hummers-Pradier, G. Theile

S 13-6 **Durchführung von STEP-Assessments bei älteren Patienten – ein Erfahrungsbericht aus Sicht der Studienassistentinnen**
K. Jürgensen-Muziol, J. Bleidorn, I. Voigt, J. Wrede, M. - L. Dierks, U. Junius-Walker

---

13:00 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 4**

Schnittstellen

Vorsitz: G. Schmiemann (Hannover), J. Schübel (Dresden)

S 14-1 **Können Medizinische Fachangestellte den Hausarzt entlasten? - Ergebnisse eines internationalen Literatur-Reviews**
M. Redaèlli, D. Simic, S. Stock, S. Wilm

S 14-2 **Verkürzte Krankenhausliegezeiten und hausärztliche Versorgung: Eine qualitative Fallstudie zur Schnittstellenproblematik**
A. Klement, G. Kudela, S. Grundke

S 14-3 **Welche Kriterien beeinflussen die Kooperation zwischen Hausärzten und Spezialisten?- qualitative Ergebnisse aus der "InteraKtion - Studie"**
D. Gröber-Grätz, R. Bölter, D. Moßhammer, D. Ose, S. Joos, N. Iris

S 14-4 **Empfehlen Hausärzte ihren Patienten einen Facharzt? Empfehlungskriterien niedergelassener Allgemeinmediziner im Fokus.**
I. Natanzon, R. Bölter, D. Gröber-Grätz, D. Moßhammer, S. Joos, D. Ose

S 14-5 **Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten bei der Versorgung von Menschen mit Demenz - welche Maßnahmen sind geeignet?**
U. Schramm, Ä. - D. Jahncke-Latteck, A. Ernst, H. van Den Bussche

S 14-6 **Hausarzt - Gutachter**
A. Stein, W. Niebling, M. Becker, J. Hecht-Bohmann, C. Jakasovic, A. Klement, J. Schelling, A. Standl

---

13:00 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 1**

Workshop der SLK

WS 7-1 **Workshop: Leitlinien**
M. Scherer, A. Wollny, M. Beyer

WS 7-2 **Themenfindung und Priorisierung für zukünftige DEGAM-Leitlinien**
M. Beyer, M. Hänsel, A. Wollny, M. Scherer

WS 7-3 **Praktikabilität und Akzeptanz der DEGAM-Leitlinie „Thoraxschmerz“ – Ergebnisse des Praxistests**
L. Kramer, J. Haasenritter, J. Klug, T. Ledig, S. Bösner, E. Baum, N. Donner-Banzhoff

WS 7-4 **Aktualisierte DEGAM-Leitlinie Schlaganfall: Was wird neu?**
A. Barzel, N. Koneczny, S. Hensler

13:00 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 5**

Workshop: Manuelle Medizin bei HWS-Beschwerden

WS 8-1 **Manualmedizinische Optimierung durch osteopathische Techniken**
W. Linz

13:00 - 14:30 Uhr **Medizinisch Theoretisches Zentrum: Seminarraum 6**

Workshop EGPRW: Allgemeinmedizinische Forschung in internationaler Perspektive: Forschungsstand und -bedarf

Zusammenfassung der Vorträge und Posterbeiträge

44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)

23.-25. September 2010
Medizinisch Theoretisches Zentrum des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“ Dresden

PWS 1-1
Preconference Workshop: Publikationsworkshop

M. Scherer[1], *J. F. Chenot*[2]
[1]Institut für Sozialmedizin, Lübeck; [2]Georg-August-Universität Göttingen Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen

Im Workshop werden Basics zum Publizieren in englischer Sprache vermittelt. Die TeilnehmerInnen sollen einen vorbereiteten englischen Abstract zur kritischen Bearbeitung mitbringen.

PWS 2-1
Preconference-Workshop: Von der Evidenz zum Cochrane-Review: Eine Praxisanleitung

J. Kugler[1], *J. Mehrholz*[2]
[1]Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, Dresden; [2]Klinik Bavaria Kreischa, Kreischa

In den letzten Jahren haben Methoden der evidenzbasierten Medizin in der Allgemeinmedizin an Bedeutung gewonnen. Ziel des Workshops ist es, in praxisorientierten Übungen das Suchen geeigneter Evidenz und deren Bewertung zu trainieren. Einfache Kennzahlen, wie number-needed-to-treat, prädiktive Werte, werden dargestellt und diskutiert. Schließlich soll das Anmelden und die Durchführung eines Cochrane-Reviews erläutert werden. Für die Umsetzung der praktischen Übungen wäre es von Vorteil, wenn die TeilnehmerInnen ein eigenes Notebook mitbrächten.

SAT 1-1
Hinsehen Erkennen Handeln – Modellprojekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte zum Thema häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie in Dresden

J. Schellong
Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden

Hintergrund: Fachkräfte im Gesundheitswesen sind für Opfer häuslicher Gewalt oft erste Kontaktpersonen. Dabei wird die Präsenz des Themas jedoch von Fachkräften häufig unterschätzt. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz fördert seit 2008 ein Modellprojekt zur Sensibilisierung medizinischer Fachkräfte für den Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt das von der Psychosomatischen Klinik des Dresdner Universitätsklinikums und dem Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden durchgeführt wird.
Methode: Insgesamt wurden bisher über 500 medizinische Fachkräfte in Dresden durch 32 Schulungen geschult. Geschult wurde über Weiterbildungen auf Arzt-, Hebammen- und Physiotherapeutenstammtischen sowie über vertiefte Schulungen über mehrere Stunden. Mitarbeitern des Universitätsklinikums wurden einerseits spezielle Fortbildungseinheiten angeboten andererseits wurden die Fortbildungseinheiten in bestehende Fortbildungsreihen eingebunden. Materialien für die Weitergabe an Opfer und für den Eigenbedarf der Fachkräfte und eine Homepage (www.hinsehen-erkennen-handeln.de) wurden entwickelt.
Ergebnisse: Strategisch bewährt haben sich die etwa einstündigen Fortbildungen auf den Stammtischen. Die Bereitschaft zu vertiefenden Fortbildungen wurde zwar bekundet, sie werden aber im Gegensatz zu den Stammtischveranstaltungen weniger wahrgenommen.
Die Schulungsangebote für die Mitarbeiter des Universitätsklinikums wurden von Pflegekräften aus dem psychiatrischen und pädiatrischen Bereich sehr hoch frequentiert, bei anderen Fachrichtungen war das Interesse geringer. Bei den Ärzten im Klinikum waren nur kurze Schulungen möglich. Bei freiwilligen Angeboten beteiligen sich Ärzte in der Regel nicht.
Schlussfolgerungen: Ärzte sind proaktiven Schulungen, strukturiert wie Schulungen durch Pharmafirmen, eher zugänglich. Diskutiert werden muss, wer die Kosten dafür übernehmen kann. Eine feste Verankerung des Themas im Weiterbildungskatalog z.B. zur Gynäkologie, Chirurgie und Allgemeinmedizin wäre sinnvoll und wünschenswert. Für Arbeitsplätze wie Notaufnahmen und Durchgangsärzte könnte ein Zertifikat einer absolvierten Fortbildung hilfreich sein.

Quellenangabe:
Müller & Schröttle, 2004; Hellbernd, 2004; Blättner & Müller, 2007; Maschewsky-Schneider, Hellbernd, et al., 2001

SAT 1-2
Wie sehen medizinische Fachkräfte häusliche Gewalt? – Befragung im Rahmen des Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln, aktive Hilfen im Gesundheitssystem"

F. Epple
Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus Dresden Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden

Hintergrund: Etwa 25% der Frauen in Deutschland haben mindestens einmal im Leben körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen (Ex)partner erlebt. Gewaltbedingte Gesundheitsprobleme bleiben ohne Ansprechen von ärztlicher oder pflegerischer Seite häufig unerkannt (Ramsey et al, 2002). Folge sind Fehl- Unter- oder Überversorgung mit hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten und individuellem Leidensdruck.
Methoden: Im Februar 2009 fand zur Feststellung des Wissenstandes und zur Ermittlung des Fortbildungsbedarfs eine umfangreiche Befragung von medizinischen Fachkräften (Ärzte, Hebammen, Therapeuten) in Dresden und Chemnitz statt. Die Befragung erfolgte mittels eigens entwickelten elektronischen Fragebogens sowie postalisch ohne vorherige Werbung oder Ankündigung. Ausgesandt wurden insgesamt 4886 Fragebögen, davon an Niedergelassene bzw. Selbständige (Hebammen, Pflegedienste, Psychotherapeuten) in Dresden und Chemnitz 1806 Fragebögen und im Universitätsklinikum Dresden (Krankenhaus der Maximalversorgung) an Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen und weitere therapeutisch tätige Personen 2981 Fragebögen.
Ergebnisse: Die Befragung hatte einen Rücklauf von 25%. Insgesamt konnten 1107 Fragebögen ausgewertet werden. Die Kon-

takthäufigkeit mit Betroffenen wird von den meisten Ärzten sehr niedrig eingeschätzt, 23% der Ärzte gaben sogar an, im vergangenen Jahr überhaupt keinen Kontakt mit Betroffenen gehabt zu haben. Als Hauptschwierigkeiten beim Umgang mit Opfern werden unter anderem die hohe Unsicherheit, an wen Betroffene weiter verwiesen werden sollen und Zeitmangel genannt. Bestehende Hilfsmittel (z.B. Leitfäden zum Umgang mit Betroffenen) und Hilfseinrichtungen sind relativ unbekannt. Die Befragung ergab eine erfreulich hohe Fortbildungsbereitschaft (84%).
Schlussfolgerungen: Ein Fortbildungsbedarf wird von der Zielgruppe deutlich gesehen. Die geringe Bekanntheit der vorhandenen Hilfsmittel und die Unsicherheit, wohin weiter zu verwiesen, bestätigen die Notwendigkeit des Projektes. Als Ergebnis der Befragung wurden zielgruppenspezifische Fortbildungsmodule entwickelt und eingesetzt.

Quellenangabe

[1] Hellbernd, H., Bzrank, P., Wieners, K. & Maschewsky-Schneider, U. (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin, 2003: Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität.
[2] Schröttle, M., Müller, U. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland.
[3] Campbell, J.C. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002, 359 (9314): 1331-1336.
[4] Robert Koch Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 42. Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. 2008. Eigenverlag. Berlin
[5] WHO (Hrsg).World report on violence and health. Genf, 2002.
[6] Brzank, P., Hellbernd, H., Maschewsky-Schneider, U.: Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf – Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. Gesundheitswesen 2004; 66:164-169.
[7] Mark, H. Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2000; 8 (4): 332-346.
[8] Blättner, B. Häusliche Gewalt und körperliche Misshandlung von Frauen: Ergebnisse einer Befragung hessischer Ärztinnen und Ärzte. Hessisches Ärzteblatt (9), 2007: 565-568.

SAT 2-1
Satellitensymposium „Risikostratifizierung in der Allgemeinmedizin“

A. Bergmann[1], J. Kugler[2]
[1]Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden Bereich Allgemeinmedizin, Dresden; [2]Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, Dresden

Die Ziele dieses Satellitensymposiums bestehen darin, einerseits für die Erkennung von individuellen Erkrankungsrisiken am Beispiel von Herzerkrankungen und Diabetes mellitus 2 zu sensibilisieren. Andererseits werden das Thema Erkennung und Eingestehen von Fehlern in der Praxis bearbeitet und Strategien im Umgang mit und zur Prävention von Fehlern diskutiert.
Folgende Wissenschaftliche Beiträge werden präsentiert und diskutiert:
Marburger Herz-Score
Dr. med. Stefan Bösner, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Universität Marburg
Jeder Fehler zählt. Das hausärztliche Fehlerbericht- und Lernsystem
Dr. med. Isabelle Otterbach, Institut für Allgemeinmedizin, Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität Frankfurt am Main
Risikostratifizierung bei Diabetes Mellitus 2 mit dem FINDRISC-Fragebogen
Prof. Dr. med. Peter E.H. Schwarz, Medizinische Klinik und Poliklinik III,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

PROF-1
Professionalisierungskurs

A. Klement[1], G. Schmiemann[2]
[1]Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Medizinische Fakultät Sektion Allgemeinmedizin, Halle; [2]Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Seit 1999 lädt die DEGAM aller 2 Jahre akademisch interessierte Allgemeinmediziner, Lehrärzte und wissenschaftliche Mitarbeiter an Universitätsabteilungen zur Teilnahme am „Profkurs“ ein. Durch gegenseitiges Lernen + Lehren soll die persönliche Professionalisierung der Teilnehmer in Bezug auf die Lehre- und Forschungskompetenz gestärkt werden. Daneben wird auf diese Weise auch die Netzwerkbildung innerhalb der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin weiter gefördert.
Die Teilnehmer des 5. Profi-Kurses möchten auf dem DEGAM-Jahreskongress gerne den „Staffelstab“ an den 6. Kurs übergeben. Dazu findet ein „Pre-Conference-Workshop“ als „Starthilfe“ für den nächsten Kurs statt. Ziel dieses workshops ist neben dem ersten Kennenlernen die eigenen Erfahrungsberichte auszutauschen und den neuen „Profis“ Tipps zu Stolperfallen zu geben, arbeitserleichternde Werkzeugkästen vorzustellen sowie Hilfe bei der Organisation der nächsten Treffen anzubieten.
Der Kurs ist gedacht für alle, die sich bereits für den neuen Kurs angemeldet haben, weitere Interessierte können sich gerne noch bei Andreas Klement: andreas.klement@medizin.uni-halle.de oder Guido Schmiemann: schmiemann.guido@mh-hannover.de melden.
Bewerbungen zur Teilnahme am 6. Professionalisierungskurs sind noch bis zum 30.06.2010 möglich. Bewerbungen bitte an: Stefan.Wilm@uni-wh.de

POD 1-1
Das IQWiG und die Hausärzte - wie können wir uns (noch) besser verstehen?

M. Redaèlli, D. Simic, S. Wilm
Wissen, Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zum Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), zum Gemeinsamen Bundesausschuss

(G-BA) und zum Stellenwert evidenzbasierter Medizin (EbM) im Versorgungsalltag, Witten

„Handlanger der Politik“, „Willkür“, „Gängelungsorgan“ - eine Studie im Auftrag des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu Wissen, Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zum IQWiG, zum G-BA und zu evidenzbasierter Medizin (EbM) (1) zeigt: Das IQWiG hat unter Hausärzten ein Imageproblem. Die Mehrzahl der Hausärzte sieht beim IQWiG mangelnde Transparenz, fehlende Kompetenz im Bereich der hausärztlichen Versorgung und politische Abhängigkeit. Hausärzte in ländlichen Regionen haben eine grundsätzlich negativere Haltung. Je mehr die Teilnehmer über das IQWiG und über EbM wissen, desto positiver ist ihr Bild vom IQWiG.
Reicht da eine längerfristige Informations- und Imagekampagne, um das Bild des IQWiG bei den Hausärzten zu verbessern? Oder muss sich in der konkreten Arbeitsweise des IQWiG etwas ändern, damit wir uns besser verstehen?
Nach zwei Impulsreferaten diskutieren der seit 1. September 2010 neue Leiter des IQWiG Jürgen Windeler und der Ressortleiter für Arzneimittelbewertung Thomas Kaiser mit den beiden Hausärzten und DEGAM-Sektionssprechern für Fortbildung Günther Egidi und Armin Mainz miteinander anhand von Publikumsfragen. Moderation: Stefan Wilm.

KL 1–1
Das Un-Heil

M.M.Kochen
Georg-August-Universität, Göttingen (Deutschland), Präsident der DEGAM

Der Autor bittet alle Leserinnen und Leser um Nachsicht, dass er die Inhalte seiner Abschieds-Präsentation vorab nicht verraten möchte. Die herzlich eingeladene Hörerschaft erwartet ein Vortrag zu einem spannenden Thema des (haus)ärztlichen Alltags. Spekulationen sind gestattet …

KL 2-1
Position, remuneration and income of General Practitioners in Germany, England, The Netherlands, Belgium and France

J. van der Zee
Chair of Primary Health Care Research Maastricht University, Maastricht (Niederlanden)

Part 1: the position of GPs in Germany and its neighbours
The German health care system belongs to (and even was the founder of) the ‘ family’ of social security based health care system, often referred to as “Bismarckian” health care systems. The second ‘family’ is the group of ‘ National Health Services’ (often referred to as ‘Beveridge’ systems).
These groups differ in funding (Beveridge by general taxation, Bismarck by earmarked premiums), in organization (Beveridge, strictly hierarchical (like a pyramid), mostly regionally organized and Bismarck with a far less strict organization) and in the role of the state (Beveridge both funding, spending and regulating and often even providing health care; Bismarck often limited to legal conditions and additional funding leaving health care provision to (organizations of) hospitals, specialists and GPs).
The less hierarchical organization of Bismarckian health care system implies for the position of GPs that entrance to the health care system generally is not funneled through General Practice (GP is no gatekeeper), that GPs have no listed patients and that ‘fee-for-service’ is the most common way of remunerating GPs.
We’ll show these organizational differences and we’ll also show some results of a comparative study between Bismarck and Beveridge health care systems in Europe (Van der Zee et al, 2009).
Both types of systems have been compared on 1) health outcomes 2) health care expenditures and 3) consumer evaluations.
In terms of health outcomes the differences are small (Bismarckian systems have slightly better outcomes) and converging over time; but Bismarckian systems are considerably more expensive than their Beveridge counterparts.
The biggest difference, however is in consumer evaluation. Bismarckian health care systems are clearly more popular than their Beveridge counterparts.
Part 1 of the presentation ends with some results from another study that makes plausible that these differences in consumer satisfaction can be traced back to a lower satisfaction about the organization of General Practice in countries where access to health care is regulated via a gatekeeping GP. (Kroneman et al 2007)
Part 2: Remuneration and Income of GPs (in D,GB,NL, B and F)
In 2009 Kroneman, Van der Zee & Groot published a study about remuneration and incomes of GPs in 8 European countries (D, GB, NL, B, F, DK, SF (Finland), and S (Sweden) over the period 1975-2005. The group of countries consisted of several classical types of remunerating GPs (salary, capitation fees, fee for services). German GPs were most of the time the top earners but in 2005 the incomes of British GPs really hit the ceiling, due to a substantial change in the GP-remuneration system in 2004.
In 2006 the remuneration of Dutch GPs changed considerably; the mix of remunerating GPs for publicly insured patients (capitation fees) and private patients (payment per consultation or visit) was replaced by a capitation/fee for service mix for all (listed) patients.
At the same time discussion started in Germany about restructuring the current remuneration system for GPs.
Therefore we made an update of our 2005 (and earlier) GP-income figures for GB and NL (to see how GP-incomes developed after substantial changes of the remuneration system), for Belgium and France (where GP-remuneration did not change) and Germany, where changes were planned.
We hope with these recently updated figures to have contributed to the discussion about GP-remuneration and incomes in Germany

KL 3-1
Getting research into practice: can we do this better?

C. Del Mar
Primary Care Research Faculty of Health Sciences and Medicine, Queensland (Australien)

Primary care conducts more consultations for the community than any other single medical discipline. Yet our research cul-

ture is the most under-developed of any. What can we do to improve the base of evidence to better care for our patients?
The problems are two-fold. First we have undertaken less research, and second we are less likely to use research in making decisions in our clinical work. Investing more in research is something under control of our governments and health funders. But putting research into practice is our responsibility.
For example evidence suggests that the role of antibiotics in acute respiratory infections – something we devote more time to than for any other group of illnesses – is disappointingly poorly effective. Why do we continue to prescribe them in such numbers?
Similarly new data are emerging to show that many of our cherished treatments for diabetes type-2 are worthless – for example a focus on lowering blood glucose, and on patient self-monitoring. How can we learn to respond more nimbly?
Guidelines have been touted as an efficient and quick means of delivering evidence to practitioners. However problems even with them are articulated.
So what are we to do?
Some suggestions of how we may better focus on what to do about keeping abreast of the medical literature are offered. These include 'evidence-based journal clubs', and abstracted journals. To bring this full circle, I will provide some examples of evidence-based questions posed by GPs that have resulted in the GPs themselves undertaking research to answer them very well.

KL 4-1
Die Aufgaben einer wissenschaftlichen Gesellschaft in der Allgemeinmedizin - späte Gedanken eines Abgängers

H. van Den Bussche
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Nach fast 20 Jahren als Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf drängt sich das Ziehen von verschiedenen Bilanzen nahezu auf. Eine Ziehung bezieht sich naturgemäß auf die eigene Fachgesellschaft. Wie war das Verhältnis von Institut und Fachgesellschaft über die ganze Zeit? Wo nutzte "uns" die DEGAM? Wie fühlten "wir" unsere Aufgaben in Forschung, Lehre und Fortbildung durch die DEGAM befördert? Aber auch: was brachte "mein" Institut in die Arbeit der DEGAM (nicht) ein? Der Vortrag erfolgt auf Einladung des Vorsitzenden und des Präsidiums der DEGAM. Daraus leitet der Vortragende den Auftrag ab, auch kritische Thesen zwecks Befeuerung der internen Diskussion präsentieren zu sollen.

WS 1-1
VERAH® Workshop

H. - M. Mühlenfeld
Deutscher Hausärzteverband e.V. Vorsitzender des Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband, Köln

Hausärztemangel und steigende Betreuungsanforderungen in qualitativer (chronic care Modell) und quantitativer (demographischer Wandel) Hinsicht führen zu einem Bedarf an neuen Versorgungsangeboten im Gesundheitswesen. Die Anforderungen an Hausärzte steigen kontinuierlich, es wird nach mehr Qualität, mehr Präsenz und mehr Leistung ver-langt. Aber wie kann man dem im täglichen Ablauf gerecht werden?
Seit 2004 untersucht das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung in en-ger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit zentrale Fragen zur weiteren Entwicklung der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern und griff dabei auch auf Erfahrungen aus dem ehemaligen DDR-Gesundheitssystem zurück. Das Modell „Schwester AGnES“ (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte Systemische Intervention) wurde anschließend in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Brandenburg erprobt. Durch die Einführung einer weiteren Ebene in der Primärversorgung (Pflegepraxen oder externe AGneS) wird die Schnittstellenzahl zunehmen – und somit möglichen Fehlerquellen bei der medizinischen Betreuung der Patienten. Die im SGB V definierte Koordinierungsfunktion der Hausärzte würde stark relativiert, die Mittel, die aktuell zur hausärztlichen Versorgung zur Verfügung stehen, würden durch die Einführung einer weite-ren Berufsgruppe in die Primärversorgung noch weiter unter Druck geraten.
Darüber hinaus erfordert eine flächendeckende, koordinierte und bedarfsgerechte medizi-nische Versorgung zusätzlich ein über die Behandlung akuter Erkrankungen hinausgehen-des Organisations- und Qualitätsmanagement in der Hausarztpraxis. Gemäß dem Motto “Hausarztpraxis - zentraler Ort der Versorgung” kann eine erfahrene strukturiert geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) des eigenen Praxisteams, eine Unterstützung in und außerhalb der Praxis auf hohem Qualifikationsniveau anbieten. Genau diese speziell auf die veränderten Arbeitsbedingungen ausgelegte Qualifikation von Praxispersonal zu erarbeiten war das erklärte Ziel vom Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) bei der Erarbeitung des Curriculums zur „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH®). Dabei wurde seit 2006 eine Kooperation mit dem Verband der medizinischen Fachangestellten (VmF) angestrebt und durchgeführt, eine Arbeitsgruppe aus dem Deutschen Hausärzteverband, dem IhF, dem VmF und dem Bildungsinstitut des VmF (BIG) hat gemeinsam das Projekt begleitet. Inzwischen befinden sich bereits über 2500 MFA im Fortbildungscurriculum, die 1000. VERAH® hat im Mai 2010 Prüfung abgelegt. Nach einem Impulsreferat wird im Workshop die Perspektive der Qualifikationsmaßnahme diskutiert.

WS 2-1
Studierende einteilen leicht gemacht – das Frankfurter Online-Eintragungssystem für Studentenunterricht in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen

H. - M. Schäfer, C. Hehne, G. Taeuber, F. M. Gerlach
Institut für Allgemeinmedizin Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main

Im Workshop wird ein neu entwickeltes Online-System vorgestellt und diskutiert, das eine komfortable Eintragung von Studierenden in allgemeinmedizinische Lehrveranstaltungen ermöglicht.
Die Anwendung dieses inzwischen bewährten Systems reduziert den Arbeits- und Verwaltungssaufwand von Kurseinteilungen. Zudem können die individuellen Interessen Studierender besser berücksichtigt werden.

Aufgrund entsprechender Anfragen und frei nach dem Motto „Das Rad muss nicht an jedem Standort neu erfunden werden“, ist das Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin grundsätzlich bereit, das hier entwickelte System zu demonstrieren und ggf. auch anderen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

WS 4-1
WORKSHOP: Schreibwerkstatt Fallberichte

M. Lohnstein[1], G. Rueter[2]
[1]Allgemeinarztpraxis, Augsburg; [2]Allgemeinarztpraxis, Benningen

Einführung/Hintergrund: Spezifisch für unsere allgemeinärztliche Tätigkeit ist ein hermeneutisches Fallverständnis. Unter Hermeneutik soll der Versuch verstanden werden, den Patienten in seiner krankheitsbezogenen Lebenssituation zu verstehen und ihn bei einer ihm adäquaten Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Dazu muss die Dimension der jeweiligen Bedeutungserteilung herangezogen werden. Diese Thematik wird bisher in der ZFA nur vereinzelt dargestellt.
Methode: Im Workshop werden wir zunächst bisher publizierte Fallberichte vorstellen. Es sollen dann mögliche inhaltliche Schwerpunkte gemeinsam erarbeitet werden, wie beispielsweise Arzt-Patienten-Beziehung, Nähe und Distanz, chronische Verläufe. Diese Problemfelder sind dem praktisch tätigen Hausarzt aus täglicher Erfahrung bekannt. Fände er sie häufiger auch im wissenschaftlichen Schrifttum seines Faches wieder, trüge das zu tieferer Identifizierung mit dem Fach bei. Wir wollen deshalb dazu ermutigen, solche Beiträge zu schreiben und so das Publikationsspektrum der ZFA erweitern.
Ergebnisse: Das Lernen am Fall geschieht durch Analogiebildung unter der Vorstellung, dass emotionale Handlungs- und Interaktionsmuster in Kategorien strukturiert und so gelehrt und gelernt werden können.
Schlussfolgerung: Wir erwarten, dass häufigere kasuistische Beiträge in der ZFA das Blatt vielseitiger werden lassen und Versorgerärzte und wissenschaftliche Allgemeinmedizin näher zusammen bringen.

WS 5-1
WORKSHOP: Quartäre Prävention oder die Verhinderung nutzloser Medizin - eine Aufgabe für Hausärzte im 21. Jahrhundert

T. Kühlein, S. Joos
Universitätsklinikum Heidelberg Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Dieser Beitrag soll im Format eines Workshops stattfinden. Deshalb wurde hier auf die vorgegebene Formatierung einer Forschungsarbeit verzichtet.
Quartäre Prävention bedeutet Verhinderung unnötiger Medizin oder Verhinderung von Übermedikalisierung. In einer Welt die sich zunehmend auf Gesundheitsthemen fixiert und mit wachsenden Möglichkeiten “etwas zu tun”, wird jemand gebraucht, der die Menschen zur Angemessenheit medizinischer Maßnahmen berät. Im Namen der Prävention gab es eine explosionsartige Vermehrung neuer Krankheitsbegriffe und Gesundheitsmaßnahmen, die eine Neuordung der Ziele der Hausarztmedizin und der ihr zugrunde liegenden Denkweisen erfordern. Ganz besonders in einem Bereich ausgeprägter diagnostischer Unsicherheit und niedriger Prävalenzen von schweren Krankheitsbildern, ist die Entscheidung auf weiteres Handeln zu verzichten, um unsere Patienten vor unnötigen medizinischen Maßnahmen zu bewahren, eine schwierige Herausforderung für Arzt und Patient. Im Rahmen der 15ten Wonca-Europe-Konferenz im September 2009 in Basel fand bereits ein Workshop zu diesem Thema statt. Dieser Workshop stellt jetzt das Konzept erstmalig auch in Deutschland vor und möchte dazu anregen, quartäre Prävention ausdrücklicher zu einer Aufgabe der Hausärzte zu machen. Über den Workshop in Basel hinausgehend sollen gemeinsam Möglichkeiten erarbeitet werden, quartäre Prävention im Praxisalltag umzusetzen.
Ablauf: 1. Impulsreferat / 2. Arbeitsgruppe / 3. Berichte der Arbeitsgruppen und Diskussion

Quellenangabe
Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoulle M. Quaternäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte. Zur Publikation angenommen bei PrimaryCare 2010

WS 6-1
WORKSHOP: Warum sollten Hausärzte gute Daten sammeln, und für wen? - Ein Workshop zur Nutzung von hausärztlichen Routinedaten

J. Hauswaldt[1], T. Kühlein[2], M. Kersting[1], E. Hummers-Pradier[1]
[1]Institut für Allgemeinmedizin Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; [2]Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg

Einführung: Durch Nutzung von Arztpraxisinformationssystemen (AIS) entstehen Routinedaten in elektronischer Form, die für hausärztliche Forschung und Versorgungsforschung von großer Bedeutung sind. Aber Hausärzte selbst können eigene Daten im Rahmen eines praxisinternen klinischen Qualitätsmanagements nutzen.
In Deutschland sind verschiedene prototypische Versuche von Datengewinnung und -analyse gelungen, dabei allerdings auf vielfältige Besonderheiten und unterschiedliche Schwierigkeiten gestoßen.
In diesem Workshop wird der gegenwärtige Stand der Extraktion und wissenschaftlichen Nutzung von hausärztlichen Routinedaten dargestellt. Auch wird gezeigt, wie Hausärzte selbst eigene Daten im Rahmen klassischer Plan-Do-Check-Act (PDCA)-Zyklen in der klinischen Qualitätssteuerung nutzen könnten.
Methodik:
1. Kurzvorträge zu MedViP/BDT (JH oder MK 5min) und CONTENT (TK 5 min).
2. Interaktiver Teil:
2.1 Einzeln --> in kleinen Gruppen --> Plenum: "Stellen Sie sich vor, Sie wollen im Rahmen Ihres praxisinternen Qualitätsmanagements wissen, wie gut Ihre Patienten mit schwerer Osteoporose von Ihnen versorgt werden: Welche Informationen benötigen Sie? Welche dieser Informationen sind bereits in Ihrem AIS vorhanden? Wie gelingt es Ihnen, technisch an diese Daten heranzukommen? Wie vollständig und zuverlässig sind diese Daten?"

Ziele: Bilder der eigenen Arbeit erzeugen. Perspektivwechsel „vom Handeln über Reflektieren zum besseren Handeln“
2.2. Plenumsdiskussion: Beachtenswertes und Widerständisches benennen und bewerten.
Ziel: Voneinander lernen, wo die Arbeit mit Routinedaten auf Interesse stößt
3. Vortrag Hausarzt und Forschung (TK 10 min).
4. Zusammenfassung und Schluss (JH).
Schlussfolgerungen: Nutzung von hausärztlichen Routinedaten für versorgungserforschende und praxisintern qualitätssichernde Zwecke ist möglich und erfolgreich. Informations- und kommunikationstechnische Voraussetzungen sind im Prinzip gegeben. Systematisch bedingt kommen bisherige Versuche nur zu beschränkten Ergebnissen. Sie können auch nicht auf alle Hausarztpraxen angewandt oder zwischen ihnen ausgetauscht werden. Zweckbindung an Leistungsabrechnung, ungeeignete Klassifikationssysteme sowie fehlende Ausbildung der Hausärzte im Umgang mit eigenen Daten verursachen erhebliche Defizite in der Qualität von Routinedaten. Der Workshop versucht eine Annäherung von Praxis und Forschung, mit dem Ziel neue, transparente und praktikable Lösungswege anzudenken.

WS 7-1
Workshop: Leitlinien

M. Scherer, A. Wollny, M. Beyer
Ständige Leitlinien-Kommission (SLK) der DEGAM

Die Entwicklung und Verbreitung hausärztlicher Leitlinien sind eines der wichtigsten Projekte mit Außenwirkung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Durch hausärztliche Leitlinien trägt die DEGAM dazu bei, die Lücke zwischen Routineversorgung und wissenschaftlichen Forschungsergebnissen zu schließen. Das Programm der DEGAM-Leitlinien wirkt auch immer noch prägend im Vergleich zu anderen ärztlichen Fachdisziplinen.
Neben der Erarbeitung eigener Leitlinien beteiligt sich die Gesellschaft auch an der Entwicklung interdisziplinärer Leitlinien. Bis jetzt stützt sich die Gesellschaft allerdings immer noch auf einen vergleichsweise kleinen (derzeit 56 aktive Mitglieder umfassenden) Expertenkreis ihrer Ständigen Leitlinien-Kommission.
Der Workshop wird an entsprechenden Beispielen die Erarbeitung hausärztlicher Leitlinien (hier der Leitlinie 'Brustschmerz') wie auch die Beteiligung an interdisziplinären Konsensbildungsprozessen fachübergreifender Leitlinien verdeutlichen.
Ziel des Workshops ist es, im Rahmen der Mitgliederschaft unserer Fachgesellschaft die Bedeutung und Perspektiven der Leitlinienarbeit zu verdeutlichen, und weitere Teilnehmer für dieses Projekt zu gewinnen. Darüber hinaus sollen auch neue Leitlinienthemen vorgeschlagen und diskutiert werden.

WS 7-2
Themenfindung und Priorisierung für zukünftige DEGAM-Leitlinien

M. Beyer[1], M. Hänsel[2], A. Wollny[3], M. Scherer[2]
[1]Goethe-Universität Frankfurt Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt; [2]Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Camp. Lübeck) Institut für Sozialmedizin, Lübeck; [3]Medizinische Fakultät der Universität Rostock Institut für Allgemeinmedizin, Rostock

Hintergrund und Fragestellung: Zum Start ihres Leitlinienentwicklungsprogramms hatte die DEGAM 1998 eine Reihe von Themen von grundsätzlicher Bedeutung für die hausärztliche Praxis definiert, von denen die meisten inzwischen bearbeitet werden konnten. Es stellt sich daher die Frage, welche weiteren Themen zukünftig behandelt werden sollen, welche Priorität ihnen zukommt und nach welchen Kriterien Themen grundsätzlich priorisiert werden sollten (Prävalenz der Erkrankung? Dringlichkeit des Versorgungsproblems?).
Methode: Im Rahmen einer internet-basierten Befragung werden alle Mitglieder der DEGAM aufgefordert, aus ihrer Sicht relevante Themen für die weitere Leitlinienentwicklung zu benennen. Zusätzlich können die Befragten Gründe (Prävalenz, unklare Evidenzlage, Zusammenarbeit an Schnittstellen) angeben. Die Befragungsergebnisse werden thematisch und systematisch aufbereitet.
Erwartete Ergebnisse: Zum Kongress können die Ergebnisse im Rahmen des Workshops "DEGAM-Leitlinien – Neue Entwicklungen und Impulse für die Zukunft" präsentiert werden. In einer zweiten Befragungsrunde im Herbst sollen die DEGAM-Mitglieder aufgefordert werden, die vorgeschlagenen Themen zu priorisieren.
Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse des Surveys werden dazu beitragen, eine neue Agenda des DEGAM-Leitlinienprojekts für die nächsten Jahre zu erstellen.

WS 7-3
Praktikabilität und Akzeptanz der DEGAM-Leitlinie „Thoraxschmerz“ – Ergebnisse des Praxistests

L. Kramer, J. Haasenritter, J. Klug, T. Ledig, S. Bösner, E. Baum, N. Donner-Banzhoff
Philipps - Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: Auf Grundlage des Zehnstufenplans der DEGAM wurde eine symptombezogene Leitlinie für Patienten mit Brustschmerzen entwickelt. Im Rahmen des darin vorgesehenen Praxistests lag das Ziel der vorliegenden Studie in der Evaluation der Leitlinienakzeptanz und –praktikabilität, der Umsetzung in den Praxisalltag sowie den daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen für etwaige Modifikationen der Leitlinie.
Methoden: Der Praxistest war eingebettet in eine diagnostische Querschnittstudie mit 57 Hausärzten und 862 konsekutiv rekrutierten Patienten (ab 35J.) mit dem Beratungsanlass Brustschmerz. Die Evaluation der Leitlinie erfolgte an einer Sub-Stichprobe von 17 Ärzten, die vor Beginn der Rekrutierungsphase eine vorläufige Endversion der Thoraxschmerz-Leitlinie erhalten hatten. Mittels verschiedener standardisierter Fragebögen wurden Hausärzte, medizinische Fachangestellte und ausgewählte Patienten zu ihrer Bewertung der einzelnen Leitlinien-Module befragt. Neben der quantitativen Datenauswertung wurden begleitend zwei Fokusgruppendiskussionen durchgeführt, an de-

nen insgesamt 10 Hausärzte teilnahmen. Die Moderation erfolgte durch einen externen Hausarzt sowie eine Mitarbeiterin der Abteilung. Zur Identifizierung der Faktoren, die die Akzeptanz und Umsetzung der Leitlinie im Praxisalltag bestimmten, wurden anhand eines Interviewleitfadens Schlüsselkategorien festgelegt. Die Auswertung erfolgte qualitativ.
Ergebnisse: Die quantitative Datenanalyse der Fragebögen sowie die qualitative Auswertung der Fokusgruppendiskussion sind in Bearbeitung und werden auf dem Kongress präsentiert.
Diskussion: siehe Ergebnisse
Schlussfolgerungen: Die gewonnen Erkenntnisse aus den quantitativen und qualitativen Auswertungen des Praxistests fließen unmittelbar in die geplante Leitlinie ein, so dass Akzeptanz und Implementierungschancen der Leitlinie „Thoraxschmerz" gesteigert werden können. Des Weiteren können die erzielten Resultate bei der Planung und Entwicklung künftiger Leitlinien Berücksichtigung finden.
Anmerkung: Der Beitrag soll, wenn möglich, als Vortrag im Rahmen der Veranstaltung "Workshop der SLK: Leitlinienentwicklung" am Sa, 25.09.10 von 13.00-14.30 Uhr stattfinden.

WS 7-4
Aktualisierte DEGAM-Leitlinie Schlaganfall: Was wird neu?

A. Barzel[1], *N. Konecczny*[2], *S. Hensler*[3]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg; [2]Universität Witten/Herdecke 2.Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; [3]Wolfgang Goethe-Uniklinikum Frankfurt am Main Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Einleitung: Mit Ablauf der Gültigkeit (Ende 2010) wurde für die DEGAM-Leitlinie Schlaganfall die Aktualisierung der bestehenden Empfehlungen auf Basis einer neuen Literaturrecherche notwendig. Dabei sollten in der Praxis besonders wichtige oder bislang nicht ausreichend bearbeitete Versorgungsaspekte vertieft werden. Um den Status einer S3-Leitlinie bei der AWMF zu erhalten, wurde eine Konsensbildung mit den an der Versorgung beteiligten Fach- und Berufsgruppen notwendig.
Methoden: Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche (Pubmed, Cochrane Library) über den Zeitraum von 2006 bis Mai 2010. Zudem wurden aktuelle, relevante nationale und internationale Leitlinien zum Thema Schlaganfall gesichtet. In der Praxis besonders wichtige oder bislang nicht ausreichend bearbeitete Versorgungsaspekte wurden in drei Fokusgruppen mit Hausärzten und in einer Anfrage im Allgmed-Listserver eruiert. Zur Konsensbildung mit allen an der Versorgung von Schlaganfallpatienten beteiligten Fach- und Berufsgruppen wurde unter Moderation der AWMF eine Konsensus-Konferenz durchgeführt.
Ergebnisse: Es wurden 115 Schlüsselempfehlungen aktualisiert. Teils fand sich neue Evidenz, teils konnten die bislang nicht ausreichend bearbeiteten Versorgungsaspekte vertieft werden. Eingaben der berufs- und fachgruppenübergreifenden Konsenskonferenz, die Ende Juni in Frankfurt/Main stattfand, wurden berücksichtigt. Der Prozess der Konsensbildung ist weitgehend abgeschlossen. Die wichtigsten neuen Empfehlungen der aktualisierten Leitlinie Schlaganfall werden dargestellt.
Schlussfolgerung: Die DEGAM-Leitlinie Schlaganfall wurde in ihrer aktualisierten Form in wichtigen Bereichen vertieft und den alltäglichen Fragestellungen der Praxis angepasst. Sie kann als S3-Leitlinie einen festen Platz in der Leitlinienlandschaft der AWMF einnehmen. Das Augenmerk sollte sich nun auf eine vermehrte Wahrnehmung und Umsetzung im hausärztlichen Versorgungsalltag richten.

WS 8-1
WORKSHOP HWS: Manualmedizinische Optimierung durch osteopathische Techniken

W. Linz[1,2,3]
[1]Orthopädische Praxis, Lübbenau; [2]Ärztevereinigung für Manuelle Medizin ÄMM, Berlin; [3]Orthopädische Praxis, Lübbenau

Ziel des Workshops ist es, die manualmedizinische Diagnostik von der orientierenden zur gezielten Diagnostik für die Praxis zu optimieren für Patienten mit Beschwerden, die mit der HWS in Verbindung gebracht werden. Dabei werden osteopathische Techniken als Bestandteil der Manuelle Medizin vermittelt, um in kürzerer Zeit zur Diagnose zu gelangen und bestehende Funktionsstörungen mit effektiven Behandlungstechniken zu therapieren. Dieser Workshop ist sowohl für den manualmedizinisch erfahrenen Arzt, als auch für den Allgemeinmediziner geeignet, der die Manuelle Medizin noch in sein Praxisprofil integrieren möchte.

WS 10-1
WORKSHOP: Werkzeugkasten Allgemeinmedizinische Forschung

G. Schmiemann[1], *J. Bleidorn*[1], *M. Kersting*[1], *K. Gebhardt*[2]
[1]Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin, Hannover; [2]Gemeinschaftspraxis, Bremen

Inhalt: In vielen Instituten und Praxen werden im Alltag selbstverständliche Hilfsmittel und Tricks eingesetzt, die bestimmte Arbeiten erst ermöglichen oder erleichtern. Ziel des workshops ist es, diesen Erfahrungsschatz für die Teilnehmer des 6. Professionalisierungskurses der DEGAM nutzbar und öffentlich zu machen.
Methode: Ausgehend von typischen Problemen (wie finde und ordne ich meine Literatur, wie gestalte ich einen Vortrag) sollen einfache Hilfsmittel vorgestellt werden. Typische Beispiele sind unterr anderem der Einsatz von www.doodle.de, um die Terminvereinbarung in einer größeren Gruppe zu erleichtern oder die Nutzung von freien Literaturverwaltungsprogrammen wie zotero um gemeinsam aus einem Fundus wissenschaftlicher Artikel zu schöpfen.
Ziel: Der Werkzeugkasten soll den Teilnehmern des kommenden Professionalisierungskurses den Einstieg in professionelles Lernen und wissenschaftliches Arbeiten erleichtern

WS 11-1
WORKSHOP: Ein Curriculum für die Weiterbildung Allgemeinmedizin - jetzt oder nie

J. Steinhäuser[1], M. Roos[1], B. Huenges[2], K. Czujewicz[3], C. Dörr[4], F. Schröder[5], F. Peters-Klimm[1], S. Joos[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]Ruhr-Universität Bochum Abteilung für Allgemeinmedizin, Bochum; [3]Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald Funktionsbereich Allgemeinmedizin, Greifswald; [4]Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin, Hannover; [5]Universitätsklinikum Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

"Die Weiterbildung Allgemeinmedizin erreicht in keinem Bereich gänzlich europäisches Niveau", so das Fazit einer von der DEGAM einberufenen, internationalen Expertenkommission zur Beurteilung der Weiterbildungssituation 2009. Insbesondere wurde in dieser Beurteilung das Fehlen eines Curriculums beklagt, welches dem ärztlichen Nachwuchs in ein klares Bild davon gibt, welche Basisfähigkeiten Sie/Er im Laufe der Weiterbildung erwerben sollte. Als Modell eines solchen Curriculums wurden u.a. die sogenannten CanMEDS-Kompetenzen vorgeschlagen, die Ende der 90er Jahre in Kanada formuliert wurden und inzwischen in vielen Ländern in der Weiterbildung Verwendung finden.
Methoden: Auf Einladung in verschiedenen Mailverteilern und Listservern meldeten sich 26 Ärztinnen und Ärzte (Fachärzte und Ärzte in Weiterbildung) aus neun Bundesländern mit Interesse zurück um ein kompetenzbasiertes Curriculum für Deutschland zu erarbeiten. Auf einer Auftaktveranstaltung am 26. März in Heidelberg mit 11 TeilnehmerInnen einigte man sich, als Ausgangsbasis das kanadische Konzept „CanMEDS-Family Medicine" von 2009 zu nutzen. In jeweils zwei getrennten Kleingruppen wird jede Einzelkompetenz des CanMeds-Modells derzeit übersetzt und kulturell adaptiert. Anschließend sollen die beiden Gruppen eine Konsensversion erarbeiten. Die Konsensversionen der Einzelkompetenzen werden danach unter den Gruppen und den Paten des Projekts ausgetauscht, kommentiert und ergänzt. In einem nächsten Schritt soll das so entstandene kompetenzbasierte Curriculum einem Paneltest unterzogen werden.
Ergebnisse: Die übersetzte und kommentierte Version der CanMEDS-Einzelkompetenzen werden auf dem DEGAM Kongress zur Diskussion gestellt werden.
Schlussfolgerungen: Das hier gewählte pragmatische Vorgehen ermöglicht eine rasche Erreichung des Ziels, Ärzten in Weiterbildung sowie weiterbildungsbefugten Ärzten ein kompetenzbasiertes Curriculum als unterstützendes Element für die Weiterbildung an die Hand zu geben.

WS 12-1
WORKSHOP: Hausärztliche Fortbildung

G. Egidi
Gemeinschaftspraxis Egidi und Schelp, Bremen

Einleitung: Im Jahr 2004 wurde eine allgemeine ärztliche Fortbildungspflicht nach dem Modell der Continous Medical Education (CME) eingeführt. Dieses Fortbildungs-System ist in starkem Maß quantitativ ausgerichtet. In den Fortbildungs-Ausschüssen der Ärztekammern dominieren häufig Spezialisten.
Hausärztliche Fortbildung ist nicht selten von spezialistischen Inhalten geprägt und von Interessen der pharmazeutischen Industrie beeinflusst.
Methode: Die Teilnehmenden werden in einem interaktiven Workshop zusammentragen, welche Strukturelemente und inhaltlichen Bestimmungen sie für die hausärztliche Fortbildung für elementar halten.
In kurzen Impulsreferaten werden bereits entwickelte und ausgereifte rein hausärztliche Fortbildungs-Angebote (Hausärztliche Fortbildung Hamburg, IhF-Kompakt-Tage, Tage der Allgemeinmedizin Kassel und Heidelberg, Konzept der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen) in zentralen Bestandteilen vorgestellt.
Ergebnis: Zu den zentralen Kontroversen
- zentralisierte oder vorrangig auf Qualitätszirkel basierte Fortbildung?
- Fortbildung nach vorgegebenen Curricula oder primär auf die Bearbeitung in der hausärztlichen Praxis entstehender Fragen fokussiert?
- Fortbildung primär kognitiv oder vorrangig auf kommunikative Fähigkeiten orientiert?
- Fortbildung für Ärzte von vornherein für das gesamte hausärztliche Team?

werden am Ende des Workshops erste Diskussionsergebnisse vorliegen.
Diskussion: Hausärztliche Fortbildung als Kategorie sui generis ist in Deutschland erst im Entstehen. Bislang existieren unterschiedliche regional geprägte Ansätze. Mit dem Workshop soll ein Schritt in Richtung einer Zusammenführung dieser Ansätze gegangen werden.

WS 13-1
WORKSHOP: Finanzierung von (klinischer) Forschung in der Allgemeinmedizin: Pharmahörig oder auf verlorenem Posten?

E. Hummers-Pradier[1], A. Altiner[2]
[1]Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin, Hannover; [2]Universität Rostock Institut für Allgemeinmedizin, Rostock

Klinische Studien in der Allgemeinmedizin liefern Evidenz für die hausärztliche Diagnostik und Therapie, die aus Studien in (universitären) Krankenhäusern nicht gewonnen werden können. Allerdings sind nach Good Clinical Practice Guidelines und Arzneimittelgesetz durchgeführte Studien meist sehr teuer, dies gilt aufgrund des hohen logistischen Aufwands und der meist großen Zahl beteiligter Zentren/Prüfärzte auch für allgemeinmedizinische Studien. In klinischen Spezialfächern erfolgt die Finanzierung überwiegend aus Industriemitteln, selbst bei sogenannten Investigator-initiierten Studien. Bei manchen öffentlichen Förderern (z.B. EU) ist eine Kofinanzierung ausdrücklich gewünscht, bzw. sogar Voraussetzung für eine Finanzierung.
Allgemeinmedizinische Forschung befasst sich oft, aber nicht ausschließlich mit Fragestellungen, für die einerseits wenig In-

dustrieinteresse besteht, andererseits mögliche Interessenkonflikte besonders schädlich sind. In der DEGAM wird daher die Unabhängigkeit von der (pharmazeutischen) Industrie als ein hohes Gut geachtet. Angesichts stagnierender oder sinkender Forschungsförderung durch öffentliche Stellen oder unabhängige Stiftungen steigt allerdings der Druck auf Universitäten, so auch auf die allgemeinmedizinischen Institute, andere Finanzierungsquellen zu finden.
In diesem Workshop soll daher diskutiert werden, ob und ggf. unter welchen Bedingungen eine (Ko-) Finanzierung von Forschungsprojekten durch die Industrie akzeptabel wäre, oder ob Industrieförderung grundsätzlich, weil als zu problematisch eingeschätzt, abgelehnt werden sollte. Exemplarisch werden einige internationale Beispiele vorgestellt. Ziel ist eine erste Skizzierung eines Kodex, der Gegenstand weiterer Diskussionen in der DEGAM werden sollte.

WS 18-1
Diagnosencodierung

U. Popert
Georg-August-Universität Göttingen Allgemeinmedizin, Göttingen

Diagnosen sollen zukünftig verstärkt die Ressourcen im deutschen Gesundheitswesen steuern. Gesetzgeber und KBV verschärften Anforderungen an Diagnosecodierungen ("ambulante Kodierrichtlinie") für eine bessere Abbildung der Morbidität im RSA; zusätzlich kommen weitere Anforderungen für Qualitätssicherung, Regresssteuerung, Versorgungsforschung und Dokumentation von Verschiebungen ambulant-stationärer Behandlungsschwerpunkte.
Dem stehen Bedenken u.a. bezüglich Datenmissbrauch bzw. enormen Zeitbedarf entgegen. Untersuchungen der bisherigen Kodierqualität legen darüber hinaus eine Vereinfachung und Straffung der hausärztlichen Kodierweise nahe - z.B. wie in der international gebräuchlichen ICPC (international classification for primary care).
In diesem Workshop sollen nach einer Bestandsaufnahme die unterschiedlichen Anforderungen gewichtet werden und Maximen einer typisch hausärztliche Vorgehensweise formuliert werden.

S 1-1
Versorgung multimorbider Patienten in der Hausarztpraxis: Möglichkeiten für eine nachhaltige Verbesserung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen

C. Löffler[1], W. Streich[2], C. - O. Stolzenbach[3], C. Reich[3], A. Fuchs[2], H. - H. Abholz[2], A. Altiner[1], H. van Den Bussche[3], H. Kaduszkiewicz[3]
[1]Universitätsklinikum Rostock Institut für Allgemeinmedizin, Rostock; [2]Universitätsklinikum Düsseldorf Abt. Allgemeinmedizin, Düsseldorf; [3]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

Einleitung: Die hausärztliche Versorgung multimorbider Patienten gewinnt im Zuge der demografischen Entwicklung stetig an Bedeutung. Ziel dieser Untersuchung ist es, Möglichkeiten aufzuzeigen, um die komplexe hausärztliche Betreuung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu verbessern.
Methode: Mit 10 Hausärzten in Hamburg und Düsseldorf sowie jeweils zwei ihrer multimorbiden Patienten wurden „In-depth" Interviews geführt. Im Rahmen der offen geführten Interviews wurden all die Aspekte thematisiert, welche dem jeweiligen Interviewpartner wichtig waren. Die Interviews wurden ton-aufgezeichnet, vollständig transkribiert und auf Grundlage der Grounded Theory kodiert und analysiert.
Ergebnisse: Trotz grundsätzlich hoher patientenseitiger Zufriedenheit mit der hausärztlichen Betreuung, spiegelt die Analyse der Interviews verschiedene Agenden von Arzt und Patient wider. Während Hausärzte sich vorrangig mit medizinischen Aspekten auseinandersetzten und sich dabei manchmal eine stärkere Patientenorientierung ihrerseits wünschten, waren die Prioritäten der Patienten anders gewichtet. Neben der allgegenwärtigen Sorge vor dem Verlust der eigenen Autonomie, spielten die empfundenen körperlichen Einschränkungen und konkrete Versorgungsprobleme eine große Rolle. Vorhandene soziale Unterstützungsangebote wurden offenbar unsystematisch in Anspruch genommen. Medikationsprobleme wurden weder von Ärzten noch Patienten in besonderer Weise artikuliert.
Diskussion: Die vorliegenden Ergebnisse münden in der übergeordneten Hypothese, dass eine Veränderung in der Arzt-Patienten-Kommunikation, die der patientenseitigen Agenda aktiv einen größeren Raum schafft, die hausärztliche Betreuung von multimorbiden Patienten positiv beeinflussen könnte. Das in Fachkreisen intensiv diskutierte „Polypharmazie-Problem" wird von den „Betroffenen" so nicht wahrgenommen.
Schlussfolgerungen: Eine stärkere Gewichtung der Patienten-Agenda, Sensibilisierung für die objektiv vorhandene Polypharmazie-Problematik und Herabsetzung der Schwelle für die Inanspruchnahme vorhandener sozialer Unterstützungsangebote könnten die hausärztliche Versorgung multimorbider Patienten nachhaltig verbessern.

S 1-2
Welche Krankenhauseinweisungen sind bei multimorbiden Patienten vermeidbar? Chancen und Grenzen hausärztlichen Case Managements

T. Freund, C. Mahler, J. Szecsenyi, F. Peters-Klimm
Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Multimorbide Patienten sind von häufigen Krankenhausaufenthalten betroffen. Diese belasten Lebensqualität und Selbstständigkeit der Patienten sowie Ressourcen des Gesundheitssystems. Doch welche Krankenhausaufenthalte sind vermeidbar? Internationale Studien zeigen, dass durch Case Management Interventionen Krankenhausaufenthalte reduziert wurden. Als Teil einer Entwicklungsstudie zum Case Management bei multimorbiden Patienten wurde daher untersucht, welche Krankenhausaufenthalte durch Case Management potentiell vermeidbar wären.
Methoden: Im Rahmen von Einzelinterviews wurden 12 Hausärzte aus 10 Praxen in Baden-Württemberg befragt. Zuvor wur-

den anhand von Routinedaten der AOK die Krankenhauseinweisungen ihrer multimorbiden Patienten im Jahr 2008 identifiziert, welche aufgrund internationaler Definitionen als „vermeidbar" gelten. Im Interview wurden die Umstände besprochen, die zur jeweiligen Einweisung geführt hatten. Zudem wurde das geplante Case Management Modell und sein möglicher Beitrag zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten diskutiert. Die Analyse der Transkripte erfolgte inhaltsanalytisch mit Hilfe der Software atlas.ti.
Ergebnisse: Insgesamt wurden 151 Krankenhausaufenthalte von 109 Patienten besprochen. Viele Einweisungen wurden von den Befragten als unvermeidbar bewertet. Als Ursachen für „vermeidbare" Krankenhauseinweisungen wurden patientenseitige (mangelnde Therapieadhärenz), arztseitige (Einweisung durch Vertretungsarzt) und organisatorische Faktoren (fehlende ambulanter spezialärztliche Strukturen) benannt. Hausärztliches Case Management könnte nach Ansicht der Befragten bei einzelnen Patienten durch intensiviertes Monitoring von Symptomen und Therapieadhärenz zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten beitragen.
Diskussion: Vielfach führen schwer beeinflussbare Faktoren zur Krankenhauseinweisung. Dennoch wird intensiviertes Monitoring als Ansatzpunkt hausärztlichen Case Managements gesehen. Dies erfordert insbesondere vor dem Hintergrund schwindender hausärztlicher Ressourcen eine Fokussierung auf erreichbare Risikopatienten sowie eine Einbindung professionalisierter nicht-ärztlicher Praxismitarbeiter.
Schlussfolgerungen: Durch Monitoring im Rahmen hausärztlichen Case Managements wären einige Krankenhausaufenthalte bei mulitmorbiden Patienten potentiell vermeidbar.

S 1-3

Die Auswahl geeigneter Patienten für Hausarztpraxis-basiertes Case Management – Arzteinschätzung und statistisches Vorhersagemodell im Vergleich

T. Freund[1], A. Erler[2], J. Gensichen[3], J. Szecsenyi[1], F. Peters-Klimm[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]Goethe Universität Frankfurt am Main Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; [3]Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität Institut für Allgemeinmedizin, Jena

Einleitung: Hausarztpraxis-basiertes Case Management (CM) begegnet dem erhöhten Versorgungsbedarf chronisch und multipel erkrankter Patienten durch eine intensivierte Einzelfallbetreuung unter Einbeziehung speziell geschulter nicht-ärztlicher Praxismitarbeiter. Internationale Studien zeigen, dass insbesondere Patienten mit hohem Versorgungsbedarf durch eine Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte von CM profitieren können. Um solche Patienten zu identifizieren, werden international auf Krankenkassendaten basierende statistische Vorhersagemodelle benutzt. Im Rahmen einer Entwicklungsstudie zum CM wurden ein statistisches Vorhersagemodell für zukünftige Krankenhauseinweisungen und die Arzteinschätzung als Auswahlmethoden verglichen.
Methoden: Anhand der Routinedaten von 6.026 AOK-Versicherten aus 10 Hausarztpraxen in Baden-Württemberg wurden mittels der Prädiktionssoftware CSSG 0.6 (DxCG, München) potentiell geeignete Patienten für ein CM identifiziert. Zusätzlich wurden unabhängig davon die behandelnden Hausärzte gebeten, anhand definierter Auswahlkriterien Patienten für ein CM vorzuschlagen. Anschließend wurden die Übereinstimmung der Patientenauswahl und die Charakteristika der ausgewählten Patientenkollektive untersucht.
Ergebnisse: In 32 von 504 Fällen (6%) lag eine Übereinstimmung der Auswahl der Patienten von Software und Arzt vor. Als ein erstes Ergebnis des Vergleiches beider Patientenkollektive zeigte sich, dass durch die Software ältere Patienten (Mittelwert 74 vs. 66 Jahre) mit einer höheren Zahl an vorausgegangenen Krankenhauseinweisungen (Mittelwert 2.7 vs. 0.5 Einweisungen in 2007/2008) ausgewählt wurden.
Diskussion: Die Auswahl von Patienten für ein CM durch Hausarzt und Software führen zu unterschiedlichen Kollektiven. Dabei identifiziert die Software insbesondere ältere Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf. Inwieweit die so identifizierten Patienten für das geplante Versorgungsmodell zugänglich sind, kann schwerlich ohne Arzteinschätzung festgestellt werden.
Schlussfolgerungen: Die Auswahl geeigneter Patienten ist essentiell für den Erfolg eines Hausarztpraxis-basierten CM. Arzt- und Softwareauswahl ergänzen sich hierbei.

S 1-4

Quo vadis MFA? Das Arbeitsfeld und das professionelle Selbstverständnis der Medizinischen Fachangestellten im Wandel

I. Schluckebier, P. Jansen, M. Redaèlli, V. Kalitzkus, S. Wilm
Universität Witten/Herdecke Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Einleitung: Um die hausärztliche Versorgung der älter werdenden Bevölkerung zu sichern, werden neue Versorgungskonzepte gesucht. Ein Lösungsansatz ist die Delegation medizinischer Aufgaben an Medizinische Fachangestellte (MFA). Es sollen die Chancen und Risiken der Ausweitung bisheriger Tätigkeitsbereiche von MFA aus deren Perspektive untersucht werden.
Methoden: Empirische Grundlage sind Rückmeldungen der Mitglieder eines Qualitätszirkels für MFA, sowie drei leitfadengestützte narrative Interviews mit MFA aus einer qualitativen Regionalstudie zur Zukunft hausärztlicher Versorgung (ZuVerSicht). Die Analyse der Interviews erfolgt mit Methoden der interpretativen Sozialforschung in einem multiprofessionellen Team.
Ergebnisse: Die Aufgabenbereiche der MFA haben erheblich zugenommen. Aufgaben, die vor zwei Jahren noch auf der „Wunschliste" der MFA standen, werden inzwischen routinemäßig von ihnen durchgeführt. Die Anforderungen sind gestiegen, insbesondere im sozialen Bereich. Einer weiteren Ausweitung, ohne Entlastung, Qualifizierung und zusätzliche Vergütung, stehen die befragten MFA zurückhaltend gegenüber.
Diskussion: Bevor eine Entlastung der Hausärzte durch Delegation von Aufgaben an die MFA erfolgreich implementiert werden kann, sollte sichergestellt werden, wie die daraus entstehende zusätzliche Belastung der MFA aufgefangen wird. Wenn die erfahrenste MFA z.B. zu Hausbesuchen fährt, muss durch ei-

ne angemessene Finanzierung, eine Erweiterung des Teams ermöglicht werden. MFA sollten zudem auf die neuen Aufgaben im Rahmen einer strukturierten Qualifizierung vorbereitet werden.
Schlussfolgerung: Der Wandel des Arbeitsfeldes von MFA stößt auf strukturelle Grenzen (Arbeitszeit, Vergütung, Praxisorganisation), aber auch auf Grenzen des professionellen Selbstverständnisses (der Intensität des gewollten Kontaktes mit Patienten und des selbstständigen Arbeitens). Eine Aufwertung der MFA hat nicht nur durch Umbenennung der Berufsbezeichnung stattgefunden, sondern auch durch neue Inhalte!

S 1-5

Sicherheit und Wirksamkeit der telemedizinischen Behandlung von unkomplizierten Harnwegsinfekten

E. Blozik, C. Sommer-Meyer, M. Cerezo, J. von Overbeck
Schweizer Zentrum für Telemedizin MEDGATE, Basel (Schweiz)

Einleitung: Unkomplizierte Harnwegsinfekte (UHI) sind häufige Konsultationsgründe. UHI können nur mit Anamnese und dem klinischen Bild diagnostiziert werden, weshalb UHI auch gemäss DEGAM-Leitlinie telemedizinisch behandelt werden können. Diese Studie untersucht die Sicherheit und Wirksamkeit der telemedizinischen, evidenzbasierten Behandlung von UHI in einem Telemedizinzentrum in Basel, Schweiz.
Methoden: Es wurden Patienten in die Studie eingeschlossen, die zwischen dem 1.11.2008 und dem 31.10.2009 im Schweizer Zentrum für Telemedizin MEDGATE eine ärztliche Telekonsultation wegen Symptomen eines Harnwegsinfekts erhielten und die die Kriterien für die telemedizinische UHI-Behandlung erfüllten (weiblich, eindeutige Symptomatik, andere Diagnose unwahrscheinlich, keine Kontraindikation für Antibiotika, Alter 18-65 Jahre, Symptome <7d, keine relevante Begleiterkrankung). Drei Tage nach der Telekonsultation wurden die Patientinnen routinemässig telefonisch zum klinischen Verlauf, zu Nebenwirkungen und zur Notwendigkeit eines Arztbesuchs befragt.
Ergebnisse: Im Untersuchungszeitraum wurden UHI von 526 Frauen telemedizinisch behandelt. Verlaufskontrollen waren bei 95% möglich. 86% dieser Patientinnen erhielten Trimethoprim/Sulfamethoxazol, 10% wurden mit Norfloxazin behandelt und 3% erhielten ein anderes Antibiotikum. Nach drei Tagen waren 79% der Patientinnen symptomfrei, bzw. 92% berichteten von einer Symptomminderung. Bei 5% trat eine Verschlechterung ein (z.B. Fieber, zunehmende Schmerzen). 4% berichteten von Nebenwirkungen der verschriebenen Antibiotika, wie Übelkeit oder Hautausschlag. Innerhalb der drei Tage nach Telekonsultation wurde von 4% der Patientinnen aus eigener Initiative ein Arzt aufgesucht, 8% wurden wegen neuer Symptome oder des Verdachts auf bakterielle Resistenzen zu einer Realkonsultation überwiesen.
Schlussfolgerungen: Die überwiegende Mehrzahl der Patientinnen mit UHI kann telemedizinisch behandelt werden. Bei einem geringen Teil der Frauen ist, z.B. wegen zusätzlich notwendiger Diagnostik, eine Überweisung zu einer Realkonsultation notwendig.

S 1-6

Erste Ergebnisse der Begleitevaluation des Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrums (SCHAAZ)

A. Erler[1], G. Welbers[2], M. Beyer[1], F. M. Gerlach[1]
[1]Goethe-Universität Frankfurt Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main; [2]Hausärztliche Praxisgemeinschaft im SCHAAZ, Schaafheim

Hintergrund: Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2009 im Rahmen eines Zukunftskonzepts für die hausärztliche Versorgung in Deutschland das Modell der Primärversorgungspraxen (PVP) vorgeschlagen, um organisatorische, personelle und inhaltliche Voraussetzungen für angemessene Arbeitsbedingungen für Hausärzte, eine hochwertige Versorgung von chronisch kranken Patienten und eine sektorübergreifende Versorgung zu schaffen. Erste Ansätze für neue hausärztliche Versorgungsmodelle finden sich vor allem in ländlichen Bereichen, in denen die akute Bedrohung eines Hausärztemangels die Gründung innovativer Projekte begünstigt. Die wissenschaftliche Begleitevaluation solcher Projekte ist für die Identifikation und weiteren Implementierung erfolgreicher Ansätze entscheidend. Der Zusammenschluss von drei hausärztlichen Gemeinschaftspraxen im Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum (SCHAAZ) wird daher mittels qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden evaluiert.
Methoden: Hausärzte/innen (N=6) und Praxisteam (N=15) wurden vor dem Zusammenschluss im SCHAAZ (T0) und ein Jahr danach (T1) mittels standardisierter (Copenhagen Psychosocial Questionaire (COPSOQ), Maslach Burnout Inventory (MBI-D) und eigener Erhebungsinstrumente bezüglich Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit befragt. Vertiefend werden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, um die mit dem Zusammenschluss verbundenen Hoffnungen, Ängste und Erwartungen der Ärzte/innen und Mitarbeiterinnen zu erfassen.
Ergebnisse: Zum Zeitpunkt des Kongresses liegen die Ergebnisse der Befragung von Hausärzten/innen und Praxisteam zu T0 und T1 vor und werden diskutiert.
Schlussfolgerung: Mittels einer wissenschaftlichen Begleitevaluation können erfolgreiche Projekte identifiziert werden, die als „Best practice-Modelle" dienen können und breit implementiert werden sollten.

S 2-1

Wie lässt sich dem Ärztemangel in der Allgemeinmedizin wirksam begegnen? Ein Projektbeispiel aus Schweden

J. Wiethege[1], G. Sommansson[2]
[1]Vårdcentral Kolmården, Kolmården (Schweden); [2]Linköpings Universitet Allmänmedicinsk utbildningscentrum, Linköping (Schweden)

Einleitung: Wie mancherorts in Deutschland herrscht auch in Schweden ein ausgeprägter Mangel in der ärztlichen Allgemeinversorgung, der teils durch ausländische Ärztinnen und Ärzte mit unterschiedlichem medizinischem Hintergrund im

Stadium der Weiterbildung gedeckt werden konnte. Deren nachhaltige Integration hängt wesentlich von einer erfolgreichen Einführung in das schwedische Gesundheitssystem ab, die durch das hier vorgestellte Projekt erleichtert werden soll.
Methoden: Innerhalb einer für die Primärversorgung zuständigen „vårdcentral“ wurde eine Ausbildungseinheit für fünf Ärztinnen und Ärzte geschaffen, die von zwei erfahrenen Allgemeinmedizinern während der Sprechstunde für sechs Monate betreut werden. Durch halbjährliche Befragungen der Beteiligten wird das Projekt formativ evaluiert.
Ergebnisse: Für das auf drei Jahre angelegte Projekt (2008-2011) liegt ein Evaluationszwischenbericht vor. Es wird überwiegend positiv bewertet. Einzelne Verbesserungsmöglichkeiten konnten identifiziert werden.
Diskussion: Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass mit dem Projekt die individuellen Ressourcen eingewanderter Ärztinnen und Ärzte genutzt werden und dadurch dem Ärztemangel wirksam begegnet wird. Die Kosten scheinen in einem günstigen Verhältnis zum Nutzen zu stehen, was jedoch erst langfristig beurteilt werden kann.
Schlussfolgerungen: Es ist zu hoffen, dass das Projekt Nachahmer findet. Auch wenn die Organisation der deutschen Primärversorgung sich sehr unterschiedlich zur schwedischen darstellt, kann der Kerngedanke – die Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte in das jeweilige Gesundheitssystem zu forcieren – auch auf die Situation in Deutschland übertragen werden.

S 2-2
Berufsbild Landarzt: Was hält der hausärztliche Nachwuchs davon? - eine internetbasierte Umfrage.

J. Steinhäuser, N. Annan, F. Böhlen, T. Ledig, S. Joos
Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Der seit langem vorausgesehene Hausärztemangel hat inzwischen vielerorts den ländlichen Raum erreicht. 24% der niedergelassenen Hausärzte in Baden Württemberg sind über 60 Jahre alt und die Zahlen derer, die absehbar in die Versorgung im ländlichen Raum nachrücken, sind für die Erhaltung des Versorgungsgrades bedrohlich gering.
Ziel der hier vorgestellten Befragung ist es, die Präferenzen junger Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin (ÄIW) zum Thema „Praktizieren im ländlichen Raum“ darzustellen.
Methoden: Aufbauend auf der Sichtung internationaler Literatur, qualitativer Vorarbeiten und einem Brainstorming mit ÄIW aus dem Programm "Verbundweiterbildung plus" wurden die Hypothesen für den Fragebogen erarbeitet. Der so gewonnene Fragebogen wurde, nach Pilotierung, am 16.4.2010 in das Internet gestellt.
Ergebnisse: Zwischenergebnisse Stand 28.04.2010: Bisher haben 124 AIW den Fragebogen ausgefüllt. 43% der bisherigen Teilnehmer sind auf dem Land aufgewachsen. Die durchschnittliche Abiturnote liegt bei 1,7. 77% können sich eine Niederlassung „eher“ oder „völlig“ vorstellen, davon 45% auf dem Land. 30% der Teilnehmer können sich eine Tätigkeit nur als Angestellter vorstellen, 23% als Angestellte auf dem Land. Für 60% wäre ein finanzieller Anreiz eine Motivation, auf dem Land zu arbeiten.
Die Zusammenarbeit mit Kollegen, der Ort selbst und ein familienfreundliches Umfeld sind die drei wichtigsten Faktoren bei der Niederlassung. 73% sind bereit, bis zu 30 Minuten aufzuwenden für die Anfahrt zum Arbeitsplatz.
Auf dem Kongress werden die finalen Ergebnisse der Umfrage präsentiert werden.
Diskussion: Mit dieser Umfrage werden erstmalig deutschlandweit Daten bei ÄIW in Bezug auf das Thema „Praktizieren im ländlichen Raum“ erhoben.
Schlussfolgerungen: Die Daten können in der Diskussion, wie man in Zukunft die wohnortnahe hausärztliche Versorgung auf dem Land gewährleisten kann, einen wichtigen Beitrag leisten.

S 2-3
Weiterbildung Allgemeinmedizin – die Perspektive der weiterbildungsbefugten Ärzte.

J. Steinhäuser[1], T. Ledig[1], M. Roos[1], S. Bilger[2], S. Joos[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]Bezirksärztekammer Nordbaden, Karlsruhe

Eine von der DEGAM eingeladene, internationale Expertenkommission zur Beurteilung der Weiterbildungssituation sprach in ihrem Bericht 2009 die Empfehlung eines Qualifizierungsprogramms („Train the trainer“) für weiterbildungsbefugte Ärzte aus. Ziel dieser Studie war es, Meinungen und Bedürfnisse im Hinblick auf die Weiterbildung zu erheben sowie mögliche Inhalte für ein Weiterbildungsbefugten-Qualifizierungsprogramm bei Ärzten mit Weiterbildungsbefugnis zu identifizieren.
Methoden: Alle für den ambulanten Abschnitt der Allgemeinmedizin Weiterbildungsbefugte in Baden Württemberg (N=822) erhielten einen 4-seitigen Fragebogen, der in Kooperation mit der Bezirksärztekammer Nordbaden erstellt wurde. Für den Bezirk Nordbaden wurden die Fragebögen Mitte Februar versendet; an die anderen Bezirke erfolgt der Versand Ende April.
Ergebnisse: Zwischenergebnis für den Bezirk Nordbaden: Von bisher 228 angeschriebenen Weiterbildungsbefugten haben 139 (61%) den Fragebogen zurückgesendet. Die Teilnehmer sind durchschnittlich 55 Jahre alt, seit 19 Jahren niedergelassen und haben im Mittel 4 Ärzte weitergebildet. Als größte Motivation, weiterzubilden, wurde mit 79% der kollegiale Austausch/Lehre angegeben, mit 53% die zeitliche Entlastung und nur mit 25% die Suche nach einem Nachfolger. Als Hauptgrund aktuell nicht weiterzubilden gaben 43% an, keine Bewerber zu finden. Der größte Bedarf im Hinblick auf die Weiterbildung besteht mit 35% in der Erstellung eines Curriculums, gefolgt mit 27% von (versicherungs-)rechtlichen Informationen. 19% würden gerne didaktische Kompetenzen erlernen.
Diskussion: Die Motivation der weiterbildenden Ärzte ist eher kollegialer Austausch und Interesse am Lehren, denn Arbeitsentlastung oder Nachfolgersuche. Abzuwarten bleibt, ob die bisherigen Ergebnisse sich in den noch ausstehenden drei Bezirken ähnlich darstellen.

Schlussfolgerungen: Der Bedarf für ein Qualifizierungs-Programm besteht. Die Ergebnisse der Befragung können wichtige Informationen zu möglichen Inhalten des Programms liefern.

S 2-4

Berufswahl „Allgemeinmedizin" – ein Fach mit Perspektive?

K. Kiolbassa[1,2], A. Miksch[1,2], K. Hermann[1,2], S. Joos[1,2], J. Szecsenyi[1,2], I. Hornburg[3], A. Loh[3,4], K. Götz[1,2]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]KompetenZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Berufsfeld, Heidelberg; [3]Universitätsklinikum Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg; [4]KompetenzZentrum Allgemeinmedizion Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Berufsfeld, Freiburg

Einleitung: Die Anzahl an Medizinstudierenden mit Berufsziel Hausarzt/-ärztin ist rückläufig. Dies hat Auswirkungen auf die zukünftige Versorgungssituation Deutschlands. Bereits jetzt kann nicht mehr in allen Regionen Deutschlands eine adäquate hausärztliche Versorgung sichergestellt werden. Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu analysieren, welche Faktoren für Studierende im Hinblick auf den Berufswunsch „Allgemeinmediziner/-in" eine Rolle spielen.
Material und Methode: Von Januar bis Februar 2010 wurde eine 6-wöchige Online-Umfrage an den fünf Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs durchgeführt. Der Fragebogen wurde aufbauend auf einer Literaturrecherche und einer qualitativen Vorstudie entwickelt und in einer Pilotstudie validiert. Der hier dargestellte Teil der Befragung bestand aus 27 Items mit Antwortmöglichkeiten von 1 (sehr wichtig) bis 5 (sehr unwichtig).
Ergebnisse: Insgesamt haben 1299 Studierende an der Online-Umfrage teilgenommen. Davon gaben 88 Studierende (59 weiblich, 29 männlich) an, Allgemeinmedizin als Fachrichtung anzustreben. Die Faktoren „sicherer Arbeitsplatz", „Vereinbarkeit von Familie und Beruf" und „sicheres Einkommen" wurden jeweils von über 90% dieser 88 Studierenden als sehr wichtig empfunden. Im Gegensatz dazu wurden die Faktoren „wenig psychische Belastung" und „wenig körperliche Belastung" von mehr als 70% für sehr unwichtig bewertet.
Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie neben einem sicheren Arbeitsplatz und Einkommen perspektivisch wichtige Faktoren für die Berufswahl „Allgemeinmedizin" sind. Die Tatsache, dass nur 88 der Studierenden „Allgemeinmedizin" als Berufswunsch angaben, muss vor dem Hintergrund des drohenden Hausarztmangels ernst genommen werden.
Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse dieser Befragung ermöglichen ein differenziertes Bild darüber, welche Faktoren in den Augen Studierender für die Berufswahl Allgemeinmedizin wichtig sind und möglicherweise der Förderung bedürfen.

S 2-5

Erste Ergebnisse der internationalen Umfrage des Vasco da Gama Movement zur Weiterbildungs- und Arbeitssituation junger in Weiterbildung befindlicher (Allgemein-)Mediziner

M. Roos, E. Blauth, J. Steinhäuser, G. Laux, S. Joos, F. Peters-Klimm
Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Der europäische Vergleich der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin ist charakterisiert durch erhebliche Variabilität hinsichtlich formaler und inhaltlicher verbindlicher Strukturierung und bietet somit eine Chance, vom Ausland zu lernen. Zur Analyse der aktuellen Situation der betroffenen jungen Kolleginnen in der Weiterbildung (und Fachärztinnen bis zu fünf Jahre nach Facharzttitel) führte die Arbeitsgruppe Aus- und Weiterbildung des Vasco da Gama Movement (VdGM) - unterstützt durch die Arbeitsgemeinschaft Weiterbildung des KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg - die internationale Online-Umfrage des Vasco da Gama Movement (VdGM) durch.
Methoden: Ein internetbasierter englischsprachiger Fragebogen wurde 2007 entwickelt und in einer Machbarkeitsstudie 2008 überprüft (http://vdgm-questionnaire.competence-base.net). Der Fragebogen enthält Fragen zur Charakterisierung der Teilnehmer, zur Berufswahl und Motivation (3), zu Arbeits- und Berufszufriedenheit (3), Einkommen (1), zur Einschätzung bestimmter Aspekte der Weiterbildung (5) und dem Grad der Kenntnis und Beschäftigung mit den sechs Kernkompetenzen der Educational Agenda der EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) (12). Seit 2009 haben die VdGM-Ratsmitglieder der Tschechischen Republik (CR), Dänemark (DK), Deutschland (BDR), Italien (IT), Norwegen (NO), Portugal (PT) and England (UK) die nationale Befragung übernommen. Es folgten die standardisierte Übersetzung, die web-Implementierung und die jeweils nationale Durchführung.
Ergebnisse: Zum Zeitpunkt der Abstract-Einreichung war die Umfrage (Zahl der Teilnehmer) abgeschlossen in CR (89), DK (365), BRD (627), PT(239). Die Umfrage läuft derzeit noch in IT (57) and NO (74), während sie in UK im Monat Mai durchgeführt werden wird.
Schlussfolgerung: Im Laufe des Sommers 2010 werden die Daten überprüft und zusammengeführt werden. Auf dem Kongress werden wir mindestens erste deskriptiv vergleichende Ergebnisse darstellen und diskutieren können.

S 2-6

HeiTrain – Nachwuchswissenschaftler im Fach „Allgemeinmedizin" gezielt fördern

K. Götz[1,2], J. Szecsenyi[1,2], S. Joos[1,2]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Hintergrund: HeiTrain ist ein modulares Trainingsprogramm zur Förderung von Methodenkompetenzen in der Allgemein-

medizin. Es wurde im Rahmen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg entwickelt, mit dem Ziel Wissenschaftler im Fach „Allgemeinmedizin" gezielter zu fördern. Im Folgenden wird dieses Programm detaillierter dargestellt.
Methode: Seit Mai 2008 findet HeiTrain einmal monatlich als Kernstruktur des Kompetenzzentrums statt. Die eintägigen Veranstaltungen standen den Mitarbeitern der Lehrbereiche/ Abteilungen für Allgemeinmedizin aller medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg (Heidelberg, Freiburg, Ulm, Tübingen, Mannheim) offen. Neben der Fortbildung zu verschiedenen forschungsbezogenen Themen sollten standortübergreifende Projekte umgesetzt werden. Eine Selbsteinschätzung der Teilnehmer hinsichtlich methodischer Kompetenzen fand bei der Auftaktveranstaltung im Mai 2008 statt. Eine weitere Evaluation ist für Mai 2010 vorgesehen.
Ergebnisse: Von Mai 2008 bis April 2010 fanden 19 Veranstaltungen an wechselnden Orten in Baden-Württemberg statt. Im Mittel nahmen 15 Personen (Min. 7/ Max. 21) teil. Es wurde u.a. zu den Themen: „Literaturrecherche", „Projektmanagement" oder „Fragebogenkonstruktion" referiert. Die Teilnehmer (N= 15) der Auftaktveranstaltung beurteilten ihre methodische Kompetenz hinsichtlich „Ergebnisse hinterfragen" und „präsentieren können" als ausgeprägt und das „Zeitmanagement" als gering ausgeprägt. Außerdem wurden themenbezogene Arbeitsgruppen gebildet, in denen Projekte von den Teilnehmern selbständig durchgeführt wurden.
Diskussion: Die hohe Akzeptanz von HeiTrain spricht dafür, dass sich dieses Trainingsprogramm als Kernstruktur zur Förderung von Methodenkompetenzen im Fach Allgemeinmedizin eignet. Die eigenständige Entwicklung und Umsetzung von Projekten verdeutlicht den Erfolg des Programms.
Schussfolgerungen: Mit einem Trainingsprogramm für Nachwuchswissenschaftler in der Allgemeinmedizin können gezielt forschungsmethodische Kompetenzen gestärkt werden. Ebenso kann der Weg für standortübergreifende Kooperationen im Rahmen eines Netzwerkes wie dem Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin geebnet werden.

S 3-1

Konzepte, Prozesse und Probleme bei der Diagnostik depressiver Störungen in der Hausarztpraxis - eine systematische Übersicht qualitativer Studien

I. Schumann, C. Kantert, A. Schneider, K. Linde
Klinikum recht der Isar der TU München Institut für Allgemeinmedizin, München

Einleitung: In der Literatur finden sich zahlreiche Studien, die über eine mangelhafte Erkennung depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis berichten. Zunehmend wird jedoch argumentiert, dass das aktuelle, psychiatrisch orientierte Diagnosekonzept für hausärztliche Patienten nicht umsetzbar ist. Wir erstellen derzeit eine systematische Übersicht von qualitativen Studien, die sich mit den Konzepten, Prozessen und Problemen der Depressionsdiagnostik in der hausärztlichen Praxis befassen.
Methoden: Qualitative Studien mit Primärversorgern, die sich mit mindestens einem der oben genannten Themen befassten, wurden durch Datenbanksuchen in Medline, EMBASE und PsycINFO sowie über Literaturlisten identifiziert. Mindestens zwei Reviewer prüften die Erfüllung der Einschlusskriterien, extrahierten formale Charakteristika (wie z.B. Teilnehmerzahl) und bewerteten die Qualität nach einer Checkliste. Die qualitative Auswertung der Studie erfolgt entsprechend den Vorgehensweisen der thematischen Synthese (Thomas & Harden, 2008).
Ergebnisse: Insgesamt 8 qualitative Studien (Teilnehmerzahl 6 bis 23 Primärversorger) aus 6 verschiedenen Ländern erfüllten die Einschlusskriterien. Die thematische Synthese der Studien ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Die vorläufigen Auswertungen zeigen, dass das Depressionskonzept von Primärversorgern heterogen ist und dass neben Zeitmangel und unklarer und oft somatischer Symptomatik Erfahrungen, Kenntnis des Patienten und externe Aspekte den Diagnoseprozess stark beeinflussen.
Diskussion: Die vorliegenden Studien basieren ausschließlich auf Befragungen, nicht auf direkten Beobachtungen im praktischen Alltag. Die Einstellungen der jeweiligen Autoren dürfte die Darstellung in den Publikationen erheblich beeinflusst haben.
Schlussfolgerung: Die vorhandenen qualitativen Studien verdeutlichen die Problematik eines einheitlichen hausärztlich zentrierten Diagnosekonzeptes bei aktuell psychiatrisch orientiertem Konzept unter Berücksichtigung multipler den Prozess beeinflussenden Einflussfaktoren

S 3-2

Case Management und Patientenzufriedenheit bei hausärztlichen Patienten mit Major Depression.

T. Fankhänel[1], J. Mönnig[1], M. Freitag[1], M. Walther[1], J. Petersen[2], J. Gensichen[1]
[1]Universitätsklinikum Jena Institut für Allgemeinmedizin, Jena; [2]Goethe-Universität Frankfurt a.M. Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

Einleitung: Hausärztliches Case Management führt zur Verbesserung depressiver Symptome[1]. Dagegen konnte bisher nicht gezeigt werden, ob unterstützendes Verhalten im Rahmen der Durchführung von Arzthelferin-basiertem Case Management die Patientenzufriedenheit verbessern kann.
Methode: In unserer Sekundärdatenanalyse (PRoMPT-Studie zum hausarztpraxisbasierten Case Management[1]) wurde der moderierende Einfluss von unterstützendem Verhalten durch das Praxisteam (Practice Support) auf die Patientenzufriedenheit untersucht. Dazu wurde eine Moderationsanalyse[2] durchgeführt. Ausgehend von den Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A)[3] Beantwortungen wurden mittels exploratorischer Faktorenanalyse acht Items bestimmt, die als Indikatoren eines gemeinsamen Faktors Practice Support identifiziert werden konnten (Cronbachs α=.87). Anhand dieses Faktors wurde die Stichprobe durch Mediansplit dichotomisiert in Patienten mit hoher bzw. niedriger Ausprägung von wahrgenommenem Practice Support. Weiterhin wurde zur Erfassung der Patientenzufriedenheit die Subskala Allgemeine Zufriedenheit der European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP)[4] verwendet.

Ergebnisse: In die Analyse wurden 420 Patienten eingeschlossen (w=320/m=100). Arzthelferinnen-basiertes Case Management erhöhte die Patientenzufriedenheit nur dann, wenn Patienten das Praxisteam als hoch unterstützend eingeschätzt haben (1,53 vs. 1,24; F(1,338)=9.15, p=.003).
Diskussion und Schlussfolgerung: In unserer Untersuchung konnte der positive Einfluss von Practice Support auf die Patientenzufriedenheit bei Arzthelferin-basiertem Case Management nachgewiesen werden. Limitationen werden im Rahmen der Präsentation diskutiert.

Quellenangabe

1. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. Ann Intern Med 2009 Sep 15;151(6):369-378.
2. Fairchild AJ, MacKinnon DP. A general model for testing mediation and moderation effects. Prev Sci 2009 Jun;10(2):87-99.
3. Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. J Eval Clin Pract 2007 Oct;13(5):806-813.
4. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract 2000 Nov;50(460):882-887.

S 3-3

Psychische Komorbidität, shared decision making und Utilisierung im Gesundheitswesen: eine Erhebung in hausärztlichen Praxen

A. Schneider, I. Schumann, E. Hörlein, E. Wartner, K. Linde
Klinikum rechts der Isar/TU München Institut für Allgemeinmedizin, München

Einleitung: In Deutschland besteht eine hohe Konsultationsrate mit 18 Arzt-Patient-Kontakten circa jährlich. Neben organisatorischen Ursachen ist davon auszugehen, dass Patienten mit hoher psychischer Komorbidität die Leistungen des Gesundheitswesens in besonderem Maße beanspruchen und eine Über- und/oder Fehldiagnostik provozieren.
In dieser Querschnittsstudie soll untersucht werden, inwiefern Überweisungshäufigkeit, Arbeitsunfähigkeit und hausärztliche Kontaktraten mit Somatisierungsstörung, Depressivität und Angststörung zusammen hängen.
Methoden: In 13 hausärztlichen Praxen werden 1000 Patienten mit dem Patient-Health-Questionnaire (PHQ) konsekutiv gescreent. Es werden Überweisungshäufigkeit, Arbeitsunfähigkeitstage und Kontaktzahlen innerhalb der letzten 12 Monate dokumentiert. Darüber hinaus wird die Bereitschaft der Patient zur Teilnahme an der medizinischen Entscheidungsfindung (Präferenz für shared decision making [SDM]) erfasst. Der Hausarzt schätzt jeweils die Sinnhaftigkeit der Überweisungen und die Partizipationspräferenz der Patienten ein.
Ergebnisse: Die Studie wurde Anfang März 2010 begonnen, es wurden bereits über 700 Patienten erfasst. Bis September 2010 werden alle Analysen vollständig durchgeführt sein, so dass die Ergebnisse vorgestellt werden können.
Diskussion: Ein Verständnis der psychischen Komorbidität der Patienten während der hausärztlichen Konsultation ist von hoher Bedeutung, um eine Selbstgefährdung durch Über- und Fehldiagnostik zu vermeiden und eine somatische Fixierung aufzuhalten.
Schlussfolgerungen: Schlussfolgerungen in Bezug auf Überweisungsverhalten und Arzt-Patient-Kommunikation unter besonderer Berücksichtigung von SDM werden in Abhängigkeit von den Ergebnissen gezogen.

S 3-4

"Ist das so einer?" - eine qualitative Studie zu den Gefährdungskriterien für Somatoforme Störungen bei Patienten in der Hausarztpraxis

A. Schumacher, K. Voigt, A. Bergmann
Medizinische Klinik und Poliklinik III Lehrbereich Allgemeinmedizin, Dresden

Einleitung: Somatoforme Störungen sind die häufigste psychische Störungsgruppe im allgemeinmedizinischen Alltag (Fink, 1999). Aufgrund ihrer Heterogenität ist die Diagnostik schwierig und führt oft zu einem „Teufelskreis ungünstiger Interaktionen“ (Benedikt, 2005) zwischen Arzt und Patient. Hausärzte spielen als erste Ansprechpartner die Schlüsselrolle bei der Weichenstellung einer adäquaten Weiterbehandlung.
Offen blieb in bisheriger Forschung die Frage, welche Patienten die Ärzte aus subjektiver Sicht und anhand welcher Kriterien als vermehrt gefährdet hinsichtlich einer Somatisierungsstörung einstufen.
In dieser laufenden explorativen Pilotstudie wird ein Kriterienkatalog ärztlicher Zuweisungsmerkmale erstellt und der Grundstein für eine nachfolgende, prospektiv-quantitative Analyse gelegt.
Methoden: Zur Datenerhebung wählten wir als qualitativen Ansatz das leitfadengestützte Gruppendiskussionsverfahren nach Bohnsack (2003). Dieses ermöglicht eine umfassende Darstellung der hierzu bis jetzt unerforschten Expertenansichten der teilnehmenden Hausärzte und beinhaltet 8 Fokusgruppeninterviews mit jeweils 6-10 Hausärzten im Rahmen von sächsischen Stammtischen.
Die Leitfaden-Schlüsselthemen – Patientenmerkmale, Diagnostikvorgehen, Weiterbildungsbedarf - werden in halb- bis eineinhalbstündigen Interviewzeiten erarbeitet.
Die Diskussionsprotokolle werden der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) angelehnt unter Erstellung eines Kategorisierungssystems ausgewertet.
Ergebnisse: Erste Ergebnisse verweisen auf die entscheidende Rolle der Erfahrung bei der Diagnostik, auch zeigten sich bereits regionale Differenzen in der Rollen- und Kompetenzselbstwahrnehmung der Hausärzte.
Zum Zeitpunkt des Kongresses werden die Gruppeninterviews erhoben und ausgewertet sein.
Schlussfolgerungen: Diese Studie wird erste Hinweise auf den Ist-Zustand bezüglich Kriterien sowie Diagnostik (-Schwierigkeiten) in Allgemeinarztpraxen im Umgang mit Somatoformen Störungen geben und subjektive hausärztliche Problemfelder, aber auch Lösungsansätze aufzeigen, die erstmals ärztliche Erfahrungen zu dieser brisanten Thematik einbindet.

Weiterhin motiviert die Studie den Austausch bezüglich Somatisierungsstörungen innerhalb der Ärzteschaft und sensibilisiert damit für dieses Thema. Langfristig impliziert dies die Optimierung der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Quellenangabe

Benedikt G, Herzog W, Sauer N (2005), Funktional - Ein Curriculum zur Früherkennung und Behandlung somatoformer/funktioneller Beschwerden für Allgemeinärzte. Z Allg Med, 81: 127-130.
Bohnsack R (2003), Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen: Leske & Budrich.
Creed F & Barsky A (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. Journal of Psychosomatic Research, 56, 391-408.
Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M & Munk-Jorgensen P (1999). Somatization in primary care. Psychosomatics, 40 (4), 330-338.
Fritzsche K, Larisch A, Cierpka M & Wirsching M (2004). Improving the biosocial competence of German primary care physicians in diagnosing and treating somatoform disorders. Families, Systems & Health, 22 (3), 352-364.
Gureje O & Simon GE (1999). The natural history of somatization in primary care. Psychological Medicine, 29, 669-676.
Jobst D (2006), Wie diagnostizieren Hausärzte eine somatoforme Störung? Z Allg Med, 82, 209-213
Jacobi F, Wittchen HU, Hölting C, Höfler M, Pfister H, Müller N & Lieb R (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine, 34, 1-15.
Kühne F, Einsle F, Bergmann A (2008). Häufigkeit und Erkennungsrate depressiver Syndrome bei Allgemeinarztpatienten in Sachsen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2008, 84. Jahrgang, Kongress-Abstracts, S.38.
Lamnek S (2005), Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz-UTB.
Marx G, Wollny A (2009), Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Zeitung für Allgemeinmedizin, 85 (3), 105-113
Mayring P (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz-UTB.
Wittchen HU & Jacobi F (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Gesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

S 3-5

www.krankheitserfahrungen.de - Wie Patienten ihr Kranksein erleben

U. Schwantes[1,2], M. Breuning[3], W. Himmel[4], J. Koschak[4], H. Schäfer[4], G. Lucius-Hoene[3]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin Institut für Allgemeinmedizin, Berlin; [2]MEDICES Gemeinschaftspraxis, Oberkrämer OT Schwante; [3]Albert-Ludwig-Universität Freiburg i.Br. Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Freiburg; [4]Universität Göttingen Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen

Einleitung: Ärztinnen und Ärzte haben durch ihre professionelle Sicht ein anderes Bild von Krankheit als Menschen, die von ihnen betroffen sind. Dadurch ist die medizinische Information über Krankheit um die Anteile persönlicher Erfahrung eingeschränkt. Dem Bedürfnis danach soll die neue Website, die nach dem englischen Vorbild DIPeX entstanden ist, nachkommen.
Methoden: Für die ausgewählten Module "Diabetes mellitus 2" und "Chronischer Schmerz" wurden Interviewleitfäden erstellt, Betroffene über unterschiedlichste Zugänge rekrutiert und diese umfangreich über das Projekt informiert. Interviews wurden nach Erlaubnis mit Audio und Video aufgenommen und wortgetreu verschriftlicht. Pro Modul werden 40–50 Interviews durchgeführt, die vom Arbeitsteam in ca. 25-30 Thementexte gebündelt werden
Ergebnisse: Bislang liegen Texte und Videos zu 2 Modulen vor, die nach thematischen Kriterien oder als zusammenhängende Geschichte einer Person aufgerufen werden können. Außerdem werden Hinweise auf wissenschaftlich fundierte Informationsquellen gegeben.
Diskussion: Auf der Website erzählen Menschen, wie die "Innenseite" des Lebens mit einer Krankheit aussieht, was geholfen hat und wie sie sich damit auseinander gesetzt haben. Sie teilen ihre Erfahrungen mit anderen, die so emotionale Unterstützung erleben und an Beispielen lernen können, wie man sich auf das Leben mit der Krankheit einstellen muss. Für Angehörige und Freunde von erkrankten Menschen entsteht ein Einblick in die Erlebenswelt einer Krankheit.
Schlussfolgerungen: Es liegen erste Ergebnisse zu 2 Modulen vor. Weitere sind in Planung (u.a. Epilepsie, ungewollte Kinderlosigkeit, Bypass-Operationen, PatientInnen und Angehörige in der palliativen Versorgung, Brustkrebs, Multiple Sklerose und Eierstockskrebs). Das Projekt ist gefördert durch den Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung", exklusiv lizenziert durch die DIPEx Charity als offizielle deutsche Version von healthtalkonline.org und befolgt deren strenge ethische Richtlinien.

S 3-6

Motivierende Gesprächsführung in der hausärztlichen Lebensstil- Beratung

U. Sonntag, J. Wiesner, V. Braun, C. Heintze
Charité - Universitätsmedizin Berlin Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Einleitung: Hausärzte können bei der Langzeitbetreuung übergewichtiger Patienten insbesondere im Kontext der Begleiterkrankungen eine zentrale Rolle spielen. Motivierende Gesprächsführung ist ein effektives Instrument zur Begleitung von Verhaltensänderungen. Offen ist, in welchem Ausmaß Hausärzte solche Techniken in Beratungssituationen mit übergewichtiger Patienten (implizit) einsetzen.
Methoden: Im Jahr 2007 nahmen 12 Berliner Hausärzte Check up Konsultationen mit übergewichtigen Patienten (BMI>25 kg/m²) auf Tonband auf. Das Kommunikationsverhalten der Ärzte wurde mit dem validierten Behaviour Change Counselling Index (BECCI) bewertet. Auf fünf- stufigen Skalen wird die Ausprägung bezüglich elf verschiedener Aspekte der motivierenden Gesprächsführung erfasst und anschließend ein Gesamtmittelwert gebildet. 23% der Gespräche wurden von zwei

geschulten Ratern kodiert. Der Intraklass- Korrelationskoeffizient ICC betrug .68. Die statistische Auswertung erfolgte mit PASW18.
Ergebnisse: 8 Ärztinnen und 4 Ärzte stellten 60 Check up Gespräche mit übergewichtigen Patienten (Durchschnitt des BMI=33.02kg/m²) zur Verfügung. Ärzte nutzten nur in geringem Maße motivierende Gesprächsführungstechniken (M= 1.6, SD=.69; Skala: 0-4), wobei sich insbesondere Unterschiede zwischen den beratenden Ärzten ergaben (p<.001). Die Höhe des BMI war mit der Verwendung motivierender Gesprächsführungstechniken assoziiert: Ärzte nutzten diese bei stark übergewichtigen Patienten (BMI>30kg/m²) häufiger als bei Patienten mit weniger stark ausgeprägtem Übergewicht (BMI: 25-29,9kg/m²).
Diskussion: Hausärzte nutzen nur in geringem Maße Techniken der motivierenden Gesprächsführung zur Behandlung übergewichtiger Patienten.
Schlussfolgerungen: Es wird empfohlen, Hausärzte in der Nutzung motivierender Gesprächsführung zu schulen, um sie zu befähigen, Lebensstilberatungen, u.a. mit übergewichtigen Patienten, effektiver durchzuführen.

S 4-1

SESAM, CONTENT, Braun - Verteilung : Werkzeuge zur Komplexitätsreduktion hausärztlicher Praxisepidemiologie im Vergleich.

M. Konitzer[1], V. Lipatov[2], T. Knigge[3], W. Fink[4], K. - H. Bründel[5]
[1]akad. Lehrpraxis MHH Institut Allgemeinmedizin MHH, Hannover; [2]Universität Frankfurt Professur für Finanzwissenschaft, Frankfurt; [3]Hausarztpraxis, Hambühren; [4]Universität Wien Medizinische Fakultät, Straning 142 (Österreich); [5]ehemals akad. Lehrpraxis MHH ehemals Abt. Allgemeinmedizin MHH, Gütersloh

Einleitung: Hausärztliche Praxisepidemiologie wird häufig als "chaotisch" oder "komplex" apostrophiert. Die Komplexitätsreduktion hausärztlicher Praxisepidemiologie ist daher Forschungsdesiderat von Praxisforschung seit R.N. Braun in den 50er Jahren bis zum letztjährigen WONCA - Kongress. SESAM, CONTENT und Braun - Verteilung werden als aktuelle Varianten systematischer Praxisepidemiologie hinsichtlich ihrer Reduktionsmethodik und ihrer Ergebnisse verglichen.
Methode: Der Vergleich zielt einerseits auf den zugrunde liegenden Diagnosebegriff von SESAM, CONTENT und Braun - Verteilung. Andererseits wird die weitere Möglichkeit zur mathematischen Reduktion der gewonnenen Daten untersucht.
Ergebnisse: SESAM und CONTENT unterscheiden sich diagnostisch von der Braun - Verteilung durch eine an der angelsächsischen ICPC orientierte Klassifikation und den Einschluss nicht - diagnostischer Kontakte. Der Braun - Verteilung eignet ein konstruktivistisches Diagnoseverständnis in der Tradition der deutschen "Diagnosekritik" (R. Koch, F. Hartmann, Th. v. Uexküll).
Gleichwohl zeigen SESAM, CONTENT und Braun - Verteilung mit gewissen Abweichungen ein gemeinsames Diagnose - Verteilungsmuster. In diesem Zipf - Muster fallen auf ca 20% der Diagnosen ca 80 % der Beratungsanlässe. Mittels der Braun - Verteilung kann diese Zipf - Morphologie mathematisch weiter auf eine Pareto - Funktion reduziert und graphisch dargestellt werden.
Diskussion: Interdisziplinär gehören Praxisepidemiologien im Beschreibungsmodus von SESAM, CONTENT und Braun - Verteilung zu berechenbaren systematischen Ungleichgewichten wie sie von B. Mandelbrot für ökonomische Verteilungen (z B Baumwollpreise) und Naturereignisse (z B Nilüberschwemmungen), von Zipf für Wortverteilungen beschrieben worden sind. Somit muss auch diskutiert werden, ob von dem aufgezeigten Verteilungsmuster als von einem "Gesetz" gesprochen werden darf.
Schlussfolgerungen: Aus dem Muster sich ergebende Konsequenzen für Risiken ("Fehldiagnose", "black swan" nach N. Taleb) und ihre Abwendung, für die hausärztliche workload, hausärztliche Datenhohheit, Weiterbildung und Forschungsperspektiven werden abschließend thematisiert.

S 4-2

Der Beratungsanlass in der allgemeinmedizinischen Konsultationssprechstunde

R. Voigt[1], K. Voigt[2], J. Dietrich[1], S. R. Bornstein[3], A. Bergmann[2]
[1]Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM), Mühlau; [2]Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden an der Technischen Universität Dresden Lehrbereich Allgemeinmedizin, Dresden; [3]Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden Medizinische Klinik und Poliklinik III, Dresden

Einleitung: Mehr als 50 % aller ambulant versorgten Patienten werden einzig und allein durch Hausärzte versorgt, deren ärztlicher Alltag durch das unausgewählte Krankengut charakterisiert wird. Die Bewertung der vom Patienten vorgetragenen Beschwerden und Gesundheitsprobleme, deren Einordnung (Zuordnung zu einem Diagnosebegriff) und die Ableitung erforderlicher Behandlungskonsequenzen sind Kernaufgaben des Allgemeinmediziners.
Methoden: Mit der vorliegenden Studie sollen Veränderungen im Spektrum der Beratungsanlässe gegenüber der SESAM-II-Studie 1999/2000 aufgezeigt werden. Es wurde daher ein identisches Studiendesign verwendet. Von den angeschriebenen 253 aktiv in der Primärversorgung tätigen Mitgliedern der SGAM beteiligten sich 73 Kollegen (23,9%). Die Patientenerfassung erfolgte randomisiert an einem rotierenden Erfassungstag pro Woche (Montag bis Freitag). Hausbesuche wurden nicht erfasst. Bei der vorliegenden Querschnittsstudie handelt es sich um eine Zufallsauswahl der Jahreskontaktgruppe unter Ausschluss der Hausbesuchspraxis. Erfassungsrahmen war ein Einjahreszeitraum vom 01.04.2008 bis 31.03.2009.
Ergebnisse: In die Auswertung fanden 2.529 dokumentierte Patientenkonsultationen Eingang. 53,9% der Patienten waren weiblich, fast jeder zweite Patient war älter als 60 Jahre (Median 58,0 Jahre, Mittelwert [+/- s.d.] 54,5 Jahre [+/- 21,14 Jahre]).
Es wurden 4.303 Beratungsanlässe dokumentiert, in 1313 Konsultationen wurden mehr als ein Beratungsanlass dokumentiert. 82,9% der Patienten hatten bekannte Dauerdiagnosen, jeder zweite Patient befand sich bereits in hausärztlicher Langzeitbetreuung. In zwei von drei Konsultationen wurden neue Beratungsergebnisse dokumentiert.

Schlussfolgerungen: Arztinitiierte Beratungsanlässe, vor allem im Zusammenhang mit der Betreuung chronischer Krankheiten (hoher Konsultationsbedarf durch die Kontinuität der Betreuung) gewinnen an Bedeutung.
Wesentliches Ergebnis der Studie ist somit, dass symptomgeprägte Beratungsanlässe zugunsten von Anliegen im Zusammenhang mit der Betreuung chronischer Krankheiten zurückweichen. Vor dem Hintergrund der Verschiebung der Altersstruktur im Praxisklientel und hoher Behandlungskontinuität wird der Allgemeinarzt bei anhaltend breitem Spektrum der Beratungsanlässe auch immer mehr als „Disease-Manager" chronisch kranker Patienten gefordert.

S 4-3

Prävalenzen von Schilddrüsenerkrankungen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung in Sachsen. - Ergebnisse der 4. Sächsischen Epidemiologischen Studie der Allgemeinmedizin (SESAM 4)

K. Voigt[1], K. Gerlach[1], H. Sihvonen-Riemenschneider[1], J. Liebnitzky[1], R. Voigt[2], J. Dietrich[2], E. Bodendieck[2], S. R. Bornstein[3], A. Bergmann[1]
[1]Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden an der Technischen Universität Dresden Lehrbereich Allgemeinmedizin, Dresden; [2]Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V., Mühlau; [3]Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden Medizinische Klinik und Poliklinik III, Dresden

Einleitung: Die Prävalenz von (jodmangelbedingten) Schilddrüsenerkrankungen variiert in Abhängigkeit von der systemischen Jodversorgung weltweit beträchtlich. Deutschland zählt nach wie vor zu den Jodmangelgebieten, trotz Verbesserung der Jodversorgung in der Bevölkerung (Großklaus 2007, Scriba 2007). Für Deutschland liegen keine validen Prävalenzwerte zu Schilddrüsenerkrankungen generell und im allgemeinärztlichen Setting speziell vor. Ziel der SESAM 4 bestand u.a. in der Erfassung typischer Beratungsanlässe und Dauerdiagnosen bei Patienten im ambulanten hausärztlichen Setting. Der Fokus der vorliegenden Darstellung liegt auf Prävalenzdaten von Schilddrüsenerkrankungen im Gesamtsample.
Methoden: Jeweils der 10. Arzt-Patienten-Kontakt an einem vorgegebenem Erfassungstag im Zeitraum 01.04.2008 bis 31.03.2009 wurde mittels konsultationsbezogenem Fragebogen dokumentiert. 73 von 253 angefragten, in der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) organisierten Allgemeinärzten beteiligten sich und dokumentierten insgesamt 2.529 Sprechstundenkontakte.
Ergebnisse: Bei 10,2% (n=259) aller eingeschlossener Patienten lag eine gemäß ICD-10 kodierte Schilddrüsenerkrankung als Dauerdiagnose vor. Es ergaben sich höhere Prävalenzen bei Frauen (14,9%) als bei Männern (5,4%), das durchschnittliche Alter lag bei 61,4 +/-15,4 (s.d.) Jahren. Differenziert nach den ICD-Kapiteln ergaben sich mit 5,9% die häufigsten Prävalenzen für die Sonstige nichttoxische Struma (E04). Mit 2,0% bzw. 1,9% waren die Sonstige Hypothyreose (E03) bzw. die Hyperthyreose/Thyreotoxikose (E05) fast gleich häufig zu verzeichnen. In allen Diagnosegruppen waren etwa zweimal mehr Frauen als Männer betroffen.
Diskussion: Das Krankheitsbild Struma stellt im Spektrum der Schilddrüsenerkrankungen die größte Patientengruppe gefolgt von Über- und Unterfunktionszuständen der Schilddrüse. Die in bevölkerungsepidemiologischen Studien (Völzke 2003, Papillon) beschriebenen erhobenen Prävalenzen der Struma um 30% konnten für das allgemeinärztliche Setting für Sachsen nicht bestätigt werden. Die in der Literatur beschriebene verstärkte Betroffenheit von Schilddrüsenerkrankungen bei Frauen und mit zunehmendem Alter wurde bestätigt.
Schlussfolgerungen: Mit 10% stellen schilddrüsenbedingte Erkrankungen einen beträchtlichen Anteil von Patienten in der allgemeinmedizinischen Langzeitversorgung in Sachsen dar.

Quellenangabe
Großklaus R. Nutzen und Risiken der Jodprophylaxe. Prävention und Gesundheitsförderung 2007 August 9;2(3):159-66
Scriba PC, Heseker H, Fischer A. Jodmangel und Jodversorgung in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung 2007 August 9;2(3):143-8.
Völzke H, Ludemann J, Robinson DM et al. The prevalence of undiagnosed thyroid disorders in a previously iodine-deficient area. Thyroid 2003 August;13(8):803-10.
Schilddrüsen-Initiative Papillon. Die Papillon-Studie. http://www schilddruese de/download/download-studie pdf, 2006 August 11

S 4-4

Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung - Erste Ergebnisse aus der prospektiven Beobachtungsstudie MultiCare

H. Hansen[1], G. Schön[2], H. van Den Bussche[1], I. Schäfer[1]
[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg; [2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Hamburg

Einleitung: Multimorbidität ist ein häufiges Phänomen im hausärztlichen Praxisalltag. Mindestens die Hälfte der über 65-jährigen Patienten haben drei oder mehr chronische Erkrankungen. Bisher ist wenig über die besonderen Bedürfnisse von multimorbiden Patienten bekannt. Zur Untersuchung dieser Fragestellung müssen Begleitumstände identifiziert werden, die für die Behandlung der Patienten relevant sind.
Methoden: In einer längsschnittlichen Kohortenstudie werden ältere multimorbide Patienten und deren Hausärzte persönlich befragt. Das Projekt hat 2008 begonnen und ist auf eine Laufzeit von insgesamt zwölf Jahren angelegt. Innerhalb der ersten Förderphase wurden Patienten und Hausärzte zweimal interviewt. Die Erhebung betrachtet persönlichkeitsbezogene und soziale Ressourcen, physische und psychische Beeinträchtigungen, Verhaltensfaktoren, Soziodemographie sowie gesundheitsökonomische Aspekte.
Ergebnisse: In der Baseline konnten insgesamt 3208 Patienten zwischen 65 und 85 Jahren aus acht deutschen Großstadtregionen rekrutiert werden. Auf dem Kongress wird die Stichprobe hinsichtlich soziodemographischer Faktoren beschrieben und die Krankheitslast bezogen auf die mittlere Anzahl der chronischen Krankheiten je Patient, prävalente Einzelerkrankungen,

der durchschnittliche Krankheitsschweregrad sowie die häufigsten Krankheitskombinationen vorgestellt.
Diskussion: Die Identifizierung häufiger und problematischer Krankheitskombinationen („Muster“) ist ebenso wichtig, wie die Beschreibung von Folgen und Verlauf der Multimorbidität. Der Längsschnittcharakter der Studie erlaubt die Untersuchung des Einflusses von Krankheitskombinationen auf das Mortalitätsrisiko. Die Ergebnisse werden in Fokusgruppen mit Hausärzten in Hinblick auf die Anpassung von Leitlinien sowie die Entwicklung von präventiven Strategien diskutiert.
Schlussfolgerung: Die MultiCare1-Studie wird zum ersten Mal mit einer repräsentativen Population Aussagen zum Verlauf und zur Versorgung älterer, multimorbider Personen machen. Anhand der Abbildung von Schweregrad, Krankheitsgeschehen, Therapie, Verhaltensaspekten und Ressourcen können Empfehlungen für die Weiterentwicklung von Behandlungsleitlinien bezüglich Multimorbidität erarbeitet werden.

S 5-1
Welche Erwartungen haben Medizinstudenten/innen der Vorklinik in ein Wahlfachseminar zur Einführung in die hausärztliche Medizin

K. Schulten
Lehrauftrag Allgemeinmedizin Universität Erlangen / Nürnberg, Ebensfeld

Fragestellung: Im Rahmen eines Wahlfachseminars für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung mit dem Thema Einführung in die hausärztliche Medizin werden die teilnehmenden Medizinstudenten /innen der Vorklinik befragt, welche Erwartungen sie in das Seminar haben und welche Inhalt besprochen werden sollten.
Methodik: Die teilnehmenden Medizinstudenten/innen mit jeweils 20 Studenten /innen pro Semester sollten auf Karten notieren, welche Themen im Seminar besprochen werden sollten.
Der 1.Gruppe wurden Antworten zugeordnet, bei denen es sich um die Praxisorganisation und Praxismanagement handelt. In die 2.Gruppe wurden Antworten eingeordnet bei denen es um das Spannungsfeld des Hausarztes im deutschen Gesundheitssystem geht. Der 3. Gruppe wurden Antworten zugeordnet, welche die Spezifität der Allgemeinmedizin gegenüber anderen Fächer in der Medizin herausstellt.
Ergebnisse: Der Gruppe 1 wurden Themenbereiche zugeordnet welche die Praxisorganisation wie z.B. Eröffnung einer Hausarztpraxis, Tagesablaufs, Abrechnung und Patientenmanagement betrifft. Hierzu gab es insgesamt 39 Nennungen. In der 2. Gruppe finden sich Themenbereiche welche das aktuell bestehende Spannungsfeld der hausärztlichen Medizin mit dem deutschen Gesundheitssystem umfasst. Es sollten auch die wirtschaftlichen Aspekte einer Allgemeinarztpraxis erwähnt werden. Dieser Gruppe wurden 33 Nennungen zugeordnet. Die 3. Gruppe umfasst die Spezifität der Allgemeinmedizin mit Erfahrungsberichten und typischen Fallbeispielen aus der Praxis, den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, dem Stellenwert der psychosomatischen Medizin in der Hausarztpraxis, aber auch Ausbildungsinformationen für die Weiterbildung. Hierzu gab es 58 Themenvorschläge.
Schlussfolgerung: Überraschenderweise interessieren sich schon Medizinstudenten/innen im vorklinischen Abschnitt für die Organisation und das Management einer hausärztlichen Praxis. Nachdem es eine aktuelle Diskussion über das deutsche Gesundheitssystem und die hausärztliche Medizin gibt, sind die Themenvorschläge aus der zweiten Gruppe sicherlich unter diesem Aspekt zu sehen. Die Themen der dritten Gruppe spiegelt das primär hohe Interesse an der hausärztlichen Medizin bei Medizinstudenten/innen wieder. Ein wichtiges Anliegen der Medizinstudenten/innen sind Patientenbeispiele aus der täglichen hausärztlichen Praxis um schon in der Vorklinik einen Praxisbezug herstellen zu können.

S 5-2
Tutorium Untersuchungstechniken - Eigenübungen im Rahmen des curricularen Untersuchungskurses an der TU München

W. A. Blank, H. Blankenfeld, A. Schneider
Institut für Allgemeinmedizin Technische Universität München, München

Einleitung: Medizinstudenten der TU München kritisieren den fehlenden Lernerfolg im regulären Untersuchungskurs, der die Basisfähigkeiten der körperlichen Untersuchung vermitteln soll. Ziel unserer Studie war, den Effekt von zusätzlichen tutorengeleiteten Eigenübungen in Kleinstgruppen zu quantifizieren.
Methoden: Alle an dieser stratifizierten, randomisierten Studie teilnehmenden Studenten nahmen am curricularen Untersuchungskurs (Vorlesungen, Übungen, Patientenuntersuchung) teil. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich ein 30stündiges Tutorium in Dreiergruppen durch geschulte höhersemestrige Studenten (Eigenübungen, Patientenuntersuchungen). Vermittelt wurden Basisfähigkeiten in HNO, Ophthalmologie, Neurologie und Innere Medizin (curriculare Lehrinhalte). Die Lernerfolgkontrolle erfolgte durch einen OSCE.
Ergebnisse: 90 Studenten wurden geschlechtsstratifiziert randomisiert. 45 Studenten nahmen am Tutorium teil, alle 90 Studenten am Standardkurs. Alle wurden zum abschließenden OSCE (verblindete Rater) eingeladen. Es nahmen 53 Studenten teil (25 Interventionsgruppe). Die Studenten der Interventionsgruppe erreichten im Mittel 76.2 % (SD 5.7) der möglichen Gesamtpunkte, die Kontrollgruppe 55.5 % (SD 7.8). Dieser Unterschied war signifikant ($p< 0.001$). Dies war konsistent in den 5 verschiedenen Fächern, am deutlichsten bei der ophthalmologischen Untersuchung [77.8% (SD 11.9) vs. 45.4% (SD 10.8), $p<0.001$], am geringsten bei der HNO-Untersuchung [73.5% (SD 9.5) vs. 60.3% (SD 14.8), $p<0.001$].
Diskussion: Studenten der TU München, denen Eigen- und Patientenuntersuchungen unter der Anleitung speziell geschulter studentischer Tutoren ermöglicht wurde, zeigten einen signifikant besseren Lernerfolg als durch den curricular angebotenen Kurs alleine.
Schlussfolgerung: Diese Unterrichtsform stellt somit eine deutliche Verbesserung im Rahmen des frühen Erwerbs ärztlicher Fähigkeiten im Vergleich zum bisherigen Standard dar.

S 5-3

Peer-Tutorium praktische Fertigkeiten - Schwerpunkt "Körperliche Untersuchung"

M. Ehrhardt[1], E. Puschmann[1], K. Sydow[2], J. Pollock[3], O. Kuhnigk[4], A. Soulos[4]
[1]Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg; [2]Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Klinik und Poliklinik für Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Hamburg; [3]Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie, Hamburg; [4]Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Prodekanat für Lehre, Hamburg

Einleitung: Im Rahmen der ÄAppO wird ein besonderer Schwerpunkt auf die praktische Ausbildung und den Erwerb von Basisfertigkeiten wie der strukturierten körperlichen Untersuchung gelegt. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine Zusammenarbeiten der verschiedenen Fächer und ein ausgeweitetes Training über die bisherigen curricularen Angebote wie Blockpraktika, Untersuchungskurse und Unterricht am Krankenbett (UaK) hinaus unabdingbar.
Methoden: Im Rahmen des vom Förderfondslehre geförderten Projektes haben Vertreter der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin und Chirurgie unter Federführung des Prodekanats für Lehre ein studentisches Tutorenprogramm entwickelt. Im Studienjahr 2009/10 können alle Studierenden des klinischen Studienabschnittes unter der Anleitung von jeweils zwei Tutoren Teile der strukturierten körperlichen Untersuchung in Kleingruppen üben. Themenschwerpunkte der ersten Module sind die Untersuchung des Herzens, des Thorax und des Abdomens. Die Standards für die Untersuchungstechniken wurden von den beteiligten Fächern gemeinsam erarbeitet. Die Schulung der studentischen Tutoren erfolgte durch das Prodekanat für Lehre.
Ergebnisse: Evaluiert werden u.a. die Teilnahmequote, die Organisation, die Einschätzung des Nutzens und die Zufriedenheit der Studierenden. Die Ergebnisse werden zum Kongress vorliegen.
Diskussion: Es wird erwartet, dass ein studentisches Tutorium eine sinnvolle Ergänzung zum curricularen Angebot ist, um sich erste, grundlegende Untersuchungstechniken anzueignen, zu üben und zusätzlich Sicherheit für die Herausforderungen in den Blockpraktika, beim UaK und bei den Prüfungen zu gewinnen. International sind positive Effekte von Peer-Tutorien bekannt.
Schlussfolgerungen: Bei einer positiven Bewertung des Projektes ist geplant, das studentische Tutorenprogramm zu verstätigen und weitere Module zu entwickeln. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit der beteiligten Fächer hinsichtlich der Untersuchungsstandards intensiviert werden.

S 5-4

Logbuch im Blockpraktikum Allgemeinmedizin – Erfahrungen mit der elektronischen Version

E. Gummersbach, K. Stock, H. - H. Abholz, C. - C. Schürer-Maly
Universitätsklinikum Düsseldorf Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Im SS 09 haben wir erstmalig ein elektronisches Logbuch im Hausarztpraktikum eingeführt: Die Aufgaben wurden täglich per Email verschickt, die Antworten von uns gelesen und kommentiert. Wegen finanzieller Schwierigkeiten mussten wir unsere Betreuung aktuell aussetzen. Wir nutzten dies, um herauszufinden, ob Studierende und Lehrärzte eine Betreuung der Logbücher unsererseits überhaupt wünschen.
Methode: Im WS 09/10 erhielten die Studierenden mit dem Logbuch den Auftrag, die Aufgaben jetzt täglich mit ihrem Lehrarzt besprechen. Am Ende des Praktikums wurden Studierende und Lehrärzte anhand eines Fragebogens um ihre Bewertung gebeten.
Ergebnisse: Bis jetzt haben wir 50 von 98 Fragebögen der Studierenden zurückerhalten. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der Studierenden mit der Betreuung der Lehrärzte zufrieden war und die Aufgaben im Logbuch Anlass zu vertiefenden Gesprächen gaben. In ca. 30% jedoch wurde eine Betreuung durch uns gewünscht, und ebenso oft wurden die Aufgaben kaum mit dem Lehrarzt besprochen. Die restlichen Fragebögen und die der Lehrärzte werden uns in Kürze vorliegen.
Diskussion: In den bisherigen Ergebnissen zeichnet sich ab, dass die meisten Lehrärzte das Logbuch in den Unterricht einbeziehen. Ungefähr 1/3 jedoch ignoriert es weitgehend, wodurch es für die Studierenden nicht nutzbringend ist. Wir sind gespannt auf die Evaluation der Lehrärzte, die zeigen wird, wie sie es beurteilen, wenn wir über das Logbuch Einsicht in ihre Praxen haben
Schlussfolgerung: Vom Ergebnis hängt unsere weitere Planung ab. Das elektronische Logbuch war bisher sehr beliebt, und wir müssen entscheiden, ob wir damit auch den Studierenden eine Betreuung ermöglichen, bei denen sie so nicht von ihren Lehrärzten geleistet wird.

S 6-1

PRIorisierung und Optimierung von MUltimedikation bei Multimorbidität (PRIMUM, BMBF-Fkz: 01GK0702): Intervention und Studiendesign der cluster-randomisierten Pilotstudie waren praktikabel

C. Muth[1], B. Werner[1], S. Harder[2], W. E. Haefeli[3], J. Rochon[4], C. Güthlin[1], A. Ziegemeyer[1], A. Namyst[1], M. Beyer[1], A. Erler[1], F. M. Gerlach[1], M. van Den Akker[5]
[1]Institut für Allgemeinmedizin Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main; [2]Institut für Klinische Pharmakologie / ZAFES Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main; [3]Abteilung Klinische Pharmakologie & Pharmakoepidemiologie Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; [4]Institut für Medizinische Biometrie und Informatik Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; [5]Netherlands School of Primary Care Research – CaRe, Department of General Practice Maastricht University, Maastricht (Niederlanden)

Einleitung: Um unangemessene Arzneimittelverordnungen bei älteren, multimorbiden Patienten mit Multimedikation zu vermeiden, wurde folgende komplexe Intervention konzipiert: a) Prä-Konsultationsgespräch mittels Medikations-Monitoring-Liste und b) Überprüfung der eingenommenen Medikation durch eine Medizinische Fachangestellte (MFA) der Hausarzt-

praxis sowie c) Einsatz eines internetbasierten Computersystems (AiD+, ArzneimittelinformationsDienst) und d) abschließendes Hausarzt-Patienten-Gespräch zu medikationsbezogenen Problemen. Zur Vorbereitung der Hauptstudie wurde die Machbarkeit von Intervention und Studiendesign in einer 12-monatigen Pilotstudie geprüft.
Methoden:
Design: cluster-randomisierte kontrollierte Parallelgruppen-Pilotstudie
Setting/Population: 100 Patienten (≥65 J., ≥3 Dauerdiagnosen, ≥5 Dauermedikamente) in 20 hessischen Hausarztpraxen
Outcomes: Medication Appropriateness Index (MAI), Lebensqualität (EQ-5D), funktionelle Beeinträchtigung (WHO-DAS II) etc. zur Prüfung auf Eignung als potentielle Outcomes der Hauptstudie
Machbarkeitsprüfung der Intervention: u.a. leitfadengestützte Interviews (Patient, MFA, Hausärzte), Fallvignetten (MFA, Hausärzte)
Ergebnisse: Die Intervention war praktikabel für Patienten (42/50 Interviews; 41/42 Patienten empfanden das MFA-Vorgespräch als angenehm, keine die Intervention als belastend), für MFA (erlebten das Gespräch mit dem Patienten besonders positiv; 6/10 konnten die Vignette selbstständig ausführen, 4/10 benötigten Hilfe) und nach vorläufigen Ergebnissen für Hausärzte. Rekrutierbarkeit von Praxen und Patienten, Loss-to-follow-up (6/100 Patienten), geringer Anteil fehlender Daten zeigten die Praktikabilität des Studiendesigns. Hinweise zu Randomisierbarkeit von Praxen/Patienten und Eignung von Outcomes lieferten Mittelwerte (Standardabweichungen) zur Baseline (Ergebnisse der Zwischenauswertung): Interventionsgruppe: MAI 4.2 (3.9), EQ-5D 0.80 (0.21), respektive in der Kontrollgruppe 4.2 (5.9), 0.82 (0.17), der WHO-DAS II war nicht auswertbar. Alle Endergebnisse liegen zur Präsentation vor.
Diskussion: Systematische Pilotierungen werden zur schrittweisen Evaluation komplexer Interventionen empfohlen, zur Vorgehensweise wurde bislang jedoch nur wenig berichtet.
Schlussfolgerung: Intervention und Studiendesign sind praktikabel. Qualitative Untersuchungen lieferten Hinweise für Anpassungsbedarf der Intervention, quantitative zeigten (Nicht-)Eignung einzelner Outcomes.

S 6-2
Können Computer unsere Einstellungen ändern? - Wirksamkeit einer computerbasierten Beratungsergänzung für Rückenschmerzpatienten

A. Becker[1], L. Feuerhahn[1], L. Papajewski[1], D. Herzberg[2], N. Marsden[2], C. Leonhardt[3]
[1]Philipps-Universität Marburg Abteilung Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin, Marburg; [2]Hochschule Heilbronn Studiengang Software Engineering, Heilbronn; [3]Philipps-Universität Marburg Institut für Med. Psychologie, Marburg

Einleitung: In der Rückenschmerzbehandlung ist die Aufklärung der Patienten im Sinne eines biopsychosozialen Krankheitsmodells essentiell. Computerbasierte Beratungssysteme können den Arzt dabei unterstützen. In einem dreiarmigen RCT wurde die Effektivität einer computerbasierten Beratungsunterstützung untersucht.
Methodik: Es wurden hausärztliche und orthopädische Rückenschmerzpatienten (6 und 4 Praxen) bis 65 Jahre rekrutiert und über Los einem Studienarm zugeordnet. Patienten der PC-Interventions-Gruppe (n=26) erhielten über ein interaktives Computerprogramm (angereichert durch Fotos, Videos und Audiodateien) evidenzbasierte Informationen zu Rückenschmerzen (Dauer ca. 20 min). Zusätzlich wurde ihnen die deutsche Version des „Back books" ausgehändigt. Patienten der Vergleichsgruppen erhielten entweder nur die Broschüre (n=27) oder keine weitere Information (Wartegruppe, n=24). Vor und 5 Tage nach der Intervention wurden ihre Einstellung zu Rückenschmerzen (BBQ) sowie die Angst-Vermeidungsüberzeugungen (FABQ) der Patienten gemessen.
Ergebnisse: Es wurden 92 Patienten (Alter 18-65 Jahre, 64% Frauen) rekrutiert (16% drop out). Die Studienarme waren hinsichtlich soziodemographischer Daten und Schmerzcharakteristika vergleichbar. Patienten der PC-Gruppe zeigten signifikant deutlichere Einstellungsänderungen in Hinblick auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell sowie signifikant stärker reduzierte Angst-Vermeidungs-Überzeugungen bezogen auf körperliche Aktivität als Wartegruppen-Patienten (mittlere Effektstärken). Im Vergleich zur Broschüre gab es keine signifikanten Unterschiede.
Diskussion: Computerbasierte Beratung für Rückenschmerzpatienten scheint ebenso wirksam wie schriftliche Patienteninformation und effektiver als die hausärztliche Beratung allein. Designbedingte Verzerrungen wie die Varianz der ärztlichen Intervention oder mögliche Einsatzbedingungen der PC-Beratung müssen in zukünftigen Studien verifiziert werden.
Schlussfolgerung: Eine interaktive computerbasierte Beratung zur Vorbereitung auf das ärztliche Gespräch scheint Krankheitseinstellungen und -überzeugungen von Rückenschmerzpatienten positiv beeinflussen zu können.

S 6-3
Patienten mit Brustschmerz und Koronare Herzkrankheit – Wie treffsicher ist die Verdachtsdiagnose des Hausarztes?

J. Haasenritter[1], S. Bösner[1], K. Karatolios[2], J. Schäfer[2], M. Abu Hani[1], H. Keller[1], A. Sönnichsen[3], E. Baum[1], N. Donner-Banzhoff[1]
[1]Philipps-Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive- und Rehabilitative Medizin, Marburg; [2]Universitätsklinikum Giessen und Marburg, Standort Marburg Zentrum Innere Medizin – Kardiologie, Marburg; [3]Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg (Österreich)

Einleitung: Anamnese und körperliche Untersuchung sind die ersten wichtigen Schritte im diagnostischen Prozess. Die daraus resultierende Verdachtsdiagnose leitet das weitere Vorgehen. Ziel der Studie war es die Treffsicherheit der hausärztlichen Einschätzung hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer Koronaren Herzkrankheit (KHK) bei Patienten mit Brustschmerz zu ermitteln.
Methoden: Prospektive, diagnostische Querschnittsstudie. Die Prüfärzte erhoben eine standardisierte Anamnese, formulierten eine Verdachtsdiagnose und schätzten die Wahrscheinlich-

keit einer KHK als Ursache der Brustschmerzen ein. Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurde alle klinisch relevanten Informationen (Haus- und Facharztkonsultationen, Krankenhausaufenthalte, telefonische Befragung der Patienten nach 6 Wochen/ 6 Monaten). Auf Basis dieser Informationen traf ein Expertenpanel eine Referenzdiagnose. Als Kenngrößen der diagnostischen Güte der Verdachtsdiagnose ermittelten wir Sensitivität, Spezifität und prädiktive Werte.
Ergebnisse: Im Rekrutierungszeitraum schlossen 74 Prüfärzte konsekutiv 1249 Patienten mit Brustschmerz ein. Für die hausärztliche Verdachtsdiagnose „KHK“ zeigte sich eine Sensitivität von 69,3% (62,2%-75,6%), eine Spezifität von 89,4% (87,4%-91,2%), ein positiver prädiktiver Wert von 53,2 (46,8-59,5) und ein negativer prädiktiver Wert von 94,4 (92,8-95,7). Für die Verdachtsdiagnose „akutes Koronarsyndrom“ (ACS) lag die Sensitivität bei 50,0% (35,8%-64,2%) die Spezifität bei 98,2% (97,3%-98,8%), der positive prädiktive Wert bei 51,2 (35,5-66,7) und der negative prädiktive Wert bei 98,1 (97,2-98,8).
Diskussion und Schlussfolgerungen: Für beide Verdachtsdiagnosen ergab sich eine nur moderate diagnostische Güte, vor allem die Sensitivität war gering. Für die Praxis werden diagnostische Entscheidungshilfen benötigt, die die Sensitivität der hausärztlichen Einschätzung erhöhen, ohne jedoch die Spezifität zu weit zu reduzieren.

S 6-4
Praxisblutdruckmessung – eine adäquate Methode zur Einschätzung der Behandlungsrealität in der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung?

I. Tinsel[1], A. Loh[1], W. Niebling[1], K. Böhme[1], T. Dürk[1], S. Beck[1], A. Buchholz[1], K. - G. Fischer[2]
[1]Universitätsklinik Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg; [2]Universitätsklinik Freiburg Medizin IV Nephrologie, Freiburg

Einleitung: Zur Kontrolle einer medikamentösen Blutdruckeinstellung werden beim Fehlen von häuslichen Messungen häufig Praxisblutdruckmessungen herangezogen. Es ist zu hinterfragen, ob diese Messung die Einschätzung der Behandlungsrealität erlaubt. Mit der ambulanten Blutdruckmessung (ABDM) steht eine verlässliche Langzeit-Blutdruckmessmethode zur Verfügung. In einem Kollektiv von 1400 hausärztlich betreuten Hochdruckpatienten wird die Wertigkeit beider Methoden hinsichtlich der Einschätzung der Behandlungsqualität systematisch verglichen.
Methoden: In die prospektive Studie „Optimierung der Blutdruckeinstellung durch die Implementierung von Partizipativer Entscheidungsfindung in Südbaden“ wurden aus 36 Hausarztpraxen insgesamt 1400 antihypertensiv behandelte Patient(inn)en eingeschlossen. Von diesen Patienten liegen Praxisblutdruckmessungen und ABDM-Daten vor. Eine detaillierte Analyse soll klären, inwieweit die Praxisblutdruckmessung als Instrument in der Hypertoniebehandlung unter- oder überschätzt wird.
Ergebnisse: Während aufgrund der Praxismessungen 36% der Hypertoniepatienten als normoton (≤140/90 mmHg) eingestuft wurden, waren in der Auswertung der ABDM-Tagesblutdruckwerte 51% des gleichen Kollektivs normoton (<135/85 mmHg). Unter Beachtung der ABDM-24h-Gesamtmittelwerte waren jedoch nur 27% der Patienten als normotensiv (<130/80 mmHg) zu bewerten. Bei 60% der Patienten, die auf Basis der Praxismessung als normoton eingestuft wurden, ergab die 24h-ABDM-Analyse hypertone Blutdruckwerte. Demgegenüber ergaben sich bei 20% der Patienten, die aufgrund der Praxismessung als hyperton galten, in der 24h-ABDM keine Grenzwertüberschreitungen. Die auf Basis der Praxismessung falsch-positiven bzw. falsch-negativen Einstufungen als hyperton bzw. normoton sind hoch signifikant (p=.000). Auf der Konferenz werden detaillierte Ergebnisse einer Sensitivitäts- und Spezifitätsanalyse vorgestellt.
Diskussion: Die Ergebnisse stellen die Praxisblutdruckmessung als wesentliche Grundlage für die Überprüfung einer Bluthochdrucktherapie in Frage. Es ist zu diskutieren, ob Forschungsdaten zum Bluthochdruck generell mittels ABDM erhoben werden sollten.
Schlussfolgerungen: Die ABDM sollte fester Bestandteil in der hausärztlichen Behandlung von Bluthochdruckpatienten sein.

S 6-5
Protonenpumpenhemmer-Empfehlungen in Krankenhausentlassungsbriefen - sind sie immer indiziert?

D. Ahrens, G. Behrens, M. M. Kochen, J. F. Chenot
Universitätsmedizin Göttingen Allgemeinmedizin, Göttingen

Einleitung: Die Verordnungen von Protonenpumpenhemmern (PPI) sind in den letzten Jahren erheblich angestiegen. Die Ursachen sind unklar und nicht allein durch neue Indikationen, einen Morbiditätsanstieg oder eine Abnahme alternativer Medikamente erklärbar. Eine nicht indikationsgerechte Verwendung von PPI in Krankenhäusern und ihre Empfehlung in Entlassungsbriefen könnten einen Anteil daran haben. Ziel unserer Studie war die Indikation für PPI-Empfehlung in Krankenhausentlassungsbriefen zu untersuchen.
Methoden: Krankenhausentlassungsbriefe von 3989 Patienten aus 35 Hausarztpraxen in Mecklenburg-Vorpommern wurden identifiziert und bei Empfehlung von PPI in die Querschnittsstudie eingeschlossen. Anhand aller im Brief verfügbaren Informationen wurde bewertet ob ein evidenzbasierte Indikation für eine PPI-Empfehlung vorlag.
Ergebnisse: In 54% von 681 Entlassungsbriefe wurde keine evidenzbasierte Indikation für eine PPI-Empfehlung gefunden. In 13% der Fälle war die Indikation unsicher und in 33% fanden wir eine evidenzbasierte Indikation. Der häufigste Grund für eine adäquate Empfehlung war die Ulkusprophylaxe bei Risikopatienten mit NSAR-Medikation. Nicht indizierte PPI-Empfehlungen betrafen die Verordnung von low-dose-ASS und von NSAR bei Patienten ohne hohes Ulkusrisiko bzw. Komedikation mit Antikoagulantien.
Diskussion: Die hohe Rate nicht evidenzbasierter PPI-Empfehlungen der Krankenhäuser ist mit Ergebnissen aus anderen Ländern vergleichbar. Die Verordnung von PPIs ohne wissenschaftlich belegte Begründung erhöht das Risiko unerwünschter Wirkungen (Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhoe, Pneumonie, evtl. Hüftfrakturen sowie Wechselwirkungen mit Clopidogrel und ASS). Die Fortsetzung der Therapie durch den

Hausarzt führt zudem zur unnötigen Belastung des Gesundheitsbudgets.
Schlussfolgerungen: Krankenhäuser sollten ihre PPI-Empfehlungen restriktiv kontrollieren und deren Indikation bei weiterführender Verordnung deutlich dokumentieren. Hausärzte sollten die Notwendigkeit der poststationären Weiterverordnung kritisch überprüfen.

S 7-1

Leitlinie Kreuzschmerz: Erfahrungen mit einer Kosten-Effektivitätsauswertung

A. Becker[1], H. Held[1], M. Redaèlli[2], C. Leonhardt[3], J. F. Chenot[4], M. M. Kochen[4], M. Pfingsten[5], N. Donner-Banzhoff[1], E. Baum[1], S. Keller[6], H. - D. Basler[1], J. Hildebrandt[5], K. Strauch[7]
[1]Philipps-Universität Marburg Abteilung Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin, Marburg; [2]Universität Witten/Herdecke Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; [3]Philipps-Universität Marburg Institut für Med. Psychologie, Marburg; [4]Georg-August-Universität Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen; [5]Georg-August-Universität Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Göttingen; [6]University of Hawaii Department of Public Health Sciences and Epidemiology, Honolulu (USA); [7]Philipps-Universität Marburg Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Marburg

Einleitung: Die DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerzen wurde in einem randomisierten kontrollierten Versuch evaluiert. Dabei wurde in einer Sekundäranalyse die Kosten-Effektivität zweier Implementierungsstrategien untersucht. In einer
Sensitivitätsanalyse wird der Einfluss verschiedener Auswertungsstrategien dargestellt.
Methodik: 117 Hausarztpraxen wurden randomisiert einer Ärzteschulung
(A), einer Ärzteschulung und motivierender Gesprächsführung durch Arzthelferinnen (B) sowie einem Kontrollarm (Leitlinien-Zusendung (C)) zugeteilt. Patientenbezogene Zielgrößen (Funktionskapazität, Schmerztage, Lebensqualität und Aktivität) und das Inanspruchnahmeverhalten wurden zur Baseline sowie 6 und 12 Monate nach der Intervention erhoben. Die Bewertung der Kosten erfolgte nach aktuellen Gebührenordnungen. Für die Sensitivitätsanalyse wurden Kosten-Effektivität-Quotienten mit und ohne Berücksichtigung von Inanspruchnahmeverhalten vor Studienbeginn und Datenclusterung durchgeführt.
Ergebnisse: 1378 Patienten (76 Praxen) nahmen an der Studie mit Follow-up teil. Soziodemographische Daten und Schmerzcharakteristika waren in den Studienarmen gleich verteilt, das Inanspruchnahmeverhalten vor Baseline jedoch stärker im Kontrollarm ausgeprägt. Beide Interventionsarme zeigten nach 6 und 12 Monaten niedrigere Kosten als der Kontrollarm bei geringen Unterschieden in den patientenbezogenen Zielkriterien; (B) scheint tendenziell kosteneffektiver als (A). Die Unterschiede zwischen den Studienarmen verschwinden weitestgehend in der Sensitivitätsanalyse.
Diskussion: Es werden typische Verfahren für Kosten-Effektivitätsanalysen gezeigt. Die Beschreibung des Inanspruchnahmeverhaltens vor Studienbeginn und dessen Berücksichtigung in der Auswertung ist unüblich, hat jedoch einen gravierenden Effekt. Für und wider dieser Auswertungsstrategien werden in der Zusammenschau internationaler Literatur auf dem Kongress diskutiert.
Schlussfolgerung: Beide Interventionsarme der dargestellten Implementierungsstudie zeigen tendenziell geringere Kosten im Vergleich zum Kontrollarm. Der Erfolg der Randomisierung sollte in zukünftigen Studien auch bezogen auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten kontrolliert und bei Unausgewogenheit in einer Sensitivitätsanalyse berücksichtigt werden.

S 7-2

Psychometrische Eigenschaften des Patient Health Questionnaire: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?

J. Petersen[1], M. A. Paulitsch[1], C. Güthlin[1], K. Mergenthal[1], S. Rauck[1], F. M. Gerlach[1], J. Gensichen[1,2]
[1]Goethe-Universität Frankfurt am Main Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; [2]Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller- Universität Institut für Allgemeinmedizin, Jena

Einleitung: Die meisten Patienten mit Depression werden in hausärztlichen Praxen behandelt. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Symptomen einer Depression können eine frühzeitige Diagnose erschweren. Bereits etablierte Fragebögen wie der Patient Health Questionnaire (PHQ-9)[1] wurden bislang nur unzureichend hinsichtlich geschlechtsspezifischer Aspekte untersucht.
Fragestellung: Unterscheiden sich die psychometrischen Eigenschaften des PHQ-9 in Abhängigkeit vom Geschlecht?
Methoden: Diese Querschnittsstudie war in die clusterrandomisierte kontrollierte Studie „Primary Care Monitoring for depressive Patients Trial" (PRoMPT) eingebettet. Eingeschlossen wurden hausärztliche Patienten mit einer Major Depression im Alter von 18 bis 80 Jahren in Hessen. Mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse (Maximum-Likelihood-Schätzmethode) wurde untersucht, wie gut die vorab in der Literatur beschriebene einfaktorielle[2] bzw. zweifaktorielle[3] Struktur des PHQ-9 auf die Gesamtstichprobe zutrifft. Die Modellgüte wurde mittels verschiedener Kriterien überprüft (z.B. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) und Goodness of Fit-Index (GFI)). Mittels einer Multi-Sample-Analysis wurde untersucht, ob sich die Faktorstruktur der männlichen Stichprobe von der weiblichen unterscheidet.
Ergebnisse: In die Studie eingeschlossen wurden 626 Patienten (75,6% Frauen und 24,4% Männer) mit Major Depression aus 74 hausärztlichen Praxen. In der Gesamtstichprobe wies die mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse geprüfte zweifaktorielle Struktur (allgemeiner und somatischer Faktor) die besten Modellgütekriterien (RMSEA=0.061; GFI=0.97) auf. In der Multi-Sample-Analysis ließ sich die bei den Frauen gefundene zweifaktorielle Struktur nicht gleichermaßen bei Männern nachweisen.
Diskussion: Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede in den psychometrischen Eigenschaften des PHQ-9. Bei Frauen lässt

sich ein somatischer Beschwerdekomplex als eigener Faktor deutlicher abgrenzen als bei Männern.
Schlussfolgerungen: Geschlechtsspezifische Unterschiede sollten beim Einsatz von strukturierten Fragebögen zur Diagnosestellung einer Depression in der hausärztlichen Praxis berücksichtigt werden.

Quellenangabe
[1] Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. J Affect Disord 2004;78:131-40.
[2] Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. Br J Gen Pract 2008;58:32-36.
[3] Richardson E, Richards S. Factor structure of the PHQ-9 screen for depression across time since injury among persons with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology 2008;53:243-249.

S 7-3
Evaluierung einer deutschen Version des Health Care Climate Questionaire (HCCQ-D)

K. Schmidt[1], J. Gensichen[1], J. Petersen[2], T. Freund[3], J. Szecsenyi[3]
[1]Universität Jena Institut für Allgemeinmedizin, Jena; [2]Goethe-Universität Frankfurt am Main Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; [3]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Evaluierung einer deutschen Version des Health Care Climate Questionaire (HCCQ-D)
Einführung: National wie international besteht hoher Forschungsbedarf zur Förderung des Selbst-Managements chronisch kranker Patienten. Die Qualität der ärztlichen Beratung spielt dabei eine entscheidende Rolle. Ziel ist die Übersetzung und Evaluierung einer deutschen Version des Health Care Climate Questionaires (HCCQ), ein Fragebogeninstrument zur Erfassung von Atmosphäre und Patientenautonomie in der ärztlichen Beratung.
Methode: Übersetzung, Rückübersetzung und kultureller Adaption gemäß den WHO-Leitlinien; konsekutive Befragung von 381 erwachsenen Patienten in 11 Hausarztpraxen. Zur Validierung diente der Fragebogen EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care questionnaire), einem Instrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit. Hierzu wurde der Korrelationskoeffizient (nach Spearman) zwischen den summarischen Mittelwerten von EUROPEP und HCCQ-D ermittelt. Interne Konsistenz und Faktorenstruktur des HCCQ-D wurden durch eine exploratorische Faktorenanalyse sowie durch eine Reliabilitätsanalyse evaluiert.
Ergebnis und Diskussion: 351 Fragebögen (92,1 %) wurden in die Auswertung eingeschlossen (w=202, m=149, mittleres Alter 52,9 Jahre). Es zeigte sich eine einheitliche Faktorenstruktur bei hoher interner Konsistenz mit Ausnahme einer einzelnen Frage (Cronbachs α=.97). 12 von 15 Fragen korrelierten hoch (0.7) mit dem Gesamtinstrument. Zwischen dem EUROPEP und dem HCCQ-D zeigte sich eine mittlere (0.5), bei Ausschluss einer Subgruppe vermutlich fehlcodierter Bögen hohe Korrelation (0.7). Limitiert wird die Studie durch einen hohen Deckeneffekt (im Mittel 47.9 % der Fragen).
Schlussfolgerung: Mit dem HCCQ-D steht ein primärmedizinisch valides Instrument zur Erfassung von Atmosphäre und Patientenautonomie in der ärztlichen Beratung jetzt auch in deutscher Sprache zur Verfügung.

Quellenangabe
Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. J Pers Soc Psychol 1996; 70(1):115-126.
Gensichen J, Von Korff M, Rutter CM, Seelig MD, Ludman EJ, Lin EH, Ciechanowski P, Young BA, Wagner EH, Katon WJ. Physician support for diabetes patients and clinical outcomes. BMC Public Health. 2009 Sep 29;9:367.
Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. EQuiP, WONCA Region Europe, 2000.
World Health organization: Process of translation and adaptationof instruments. WHO 2007 [http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/].
Zeber JE, Copeland LA, Good CB, Fine MJ, Bauer MS, Kilbourne AM. Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. J Affect Disord 2008; 107(1-3):53-62.
Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HC. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires.J Clin Epidemiol. 2007 Jan;60(1):34-42.]

S 7-4
Professionalisierungsstrategien im Profi-Kurs der DEGAM: Eine qualitative Mehrebenenuntersuchung

A. Klement, S. Grundke, Teilnehmer des 5. Professionalisierungskurses der DEGAM
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät Sektion Allgemeinmedizin, Halle (Saale)

Einleitung: Die Teilnehmer des 5. Professionalisierungskurses der DEGAM (Profi-Kurs V) haben sich – neben der inhaltlichen Arbeit – auf ein gemeinsames Forschungsprojekt verständigt: die eigenen Professionalisierungsstrategien durch aufgezeichneten Diskurs, Interviews mit „erfahrenen Hochschullehrern" und den „ethnografischen Blick" einer externen Beobachterin zu untersuchen.
Methoden: Die Qualitative Untersuchung im Anwendungsfeld der Professionsforschung wurde im Design einer Mehrebenenuntersuchung (Methodentriangulation) angelegt. Erfahrungsaufschichtungen der Kursteilnehmer (n=12) und der befragten Hochschullehrer (n=4) wurden systematisch nachvollzogen und miteinander in Beziehung gesetzt (Perspektiventriangulation). Die erste Prozessebene wurde mittels standardisierter Experteninterviews in Kombination mit ergänzenden Stegreiferzählungen untersucht (Hochschullehrer). Die zweite Prozessebene wurde mittels Gruppendiskussionen (Kursteilnehmer) untersucht. Die Auswertung erfolgte narrations- und diskursanalytisch (induktiv, hypothesengenerierend) auf der Basis der Erkenntnislogik der Grounded Theory.

Ergebnisse: Die bewährten Professionalisierungsstrategien mit kompetenztheoretischem Fokus u.a. auf Zuwachs an beruflichem Erfahrungswissen und Netzwerkbildung (kollektive Professionalisierung) waren nutzbringend. Darüber hinaus erwies sich die besondere Gestaltung des Profi-Kurses V (Experteninterviews mit Hochschullehrern und Gruppendiskussion der Kursteilnehmer) als förderlich. Gerade über die biografischen Kommentarteile der Experteninterviews hat der Professionalisierungskurs weit mehr bewirkt, als die alt bewährte Schärfung des Kompetenz-, Erfahrungs- und Interessenprofils: Einblicke in die vielschichtige Verknüpfung schwieriger Makroprofessionalisierungsbedingungen (u.a. Vereinbarkeit Praxis/Wissenschaft) mit biografischen Bearbeitungsweisen (u.a. work-life balance) regten eine biografische Bilanzierung/Selbstreflexion der Teilnehmer an – biografische Lernstrategie als neue Professionalisierungsstrategie innerhalb einer Scientific Community.
Diskussion: Das Zusammenspiel von Experteninterviews und Gruppendiskussion ermöglicht einen makroperspektivischen Blick auf den klassischen Weg einer „Forscherlaufbahn" und den damit verbundenen Planungs- und Fokussierungsaufwand. Gleichzeitig wurden mikroperspektivisch Einblicke in schwierige/förderliche soziobiografische Bedingungsrahmen der Teilnehmer/Befragten möglich.
Schlussfolgerungen: Die Auseinandersetzung mit der berufsbiografischen Erfahrungsaufschichtung von Kursteilnehmer/ Hochschullehrern und soziobiografischen Bedingungen der Professionalisierung generiert individuelle biografische Lernstrategien im Sinne einer biografischen Bilanzierung und Neu-/ Orientierung der eigenen berufsbiografischen Planung.

S 8-1

Klassifikationssysteme zur Beschreibung und Analyse von unerwünschten Ereignissen in der Primärversorgung - eine systematische Literaturrecherche

K. Klemp, B. Hoffmann, F. M. Gerlach
Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt, Frankfurt/Main

Einleitung: Die Nutzung von Fehlerberichtssystemen wird in der Gesundheitsversorgung mehr und mehr zum Alltag. Die Analyse der Ereignisberichte ist ein wichtiger Schritt zu Verständnis und Vermeidung medizinischer Fehler. Dafür ist ein Klassifikationssystem unabdingbar. Bislang existiert kein allgemein etabliertes System, das für die Primärversorgung entwickelt oder in diesem Bereich erfolgreich getestet worden ist. Diese Lücke bei der Verbesserung der Patientensicherheit in der Primärversorgung zu füllen, ist eines der Ziele im internationalen Projekt LINNEAUS-EURO-PC, in dessen Rahmen diese Untersuchung angesiedelt ist.
Methoden: Eine systematische Literaturrecherche nach medizinischen Fehlerklassifikationssystemen wurde in MedLine, CINahl und EMBASE durchgeführt. Die Suchstrategie sollte die Bandbreite unerwünschter Ereignisse, das Setting medizinischer Primärversorgung und die verschiedenen Methoden zur Beschreibung und Klassifizierung unerwünschter Ereignisse abdecken.
Ergebnisse: Die Durchsicht der relevanten Artikel führte zur Identifizierung von bislang 14 Klassifikationssystemen. Einige Systeme wurden für den gesamten medizinischen Sektor entwickelt, andere für den Bereich der Primärversorgung oder den Medikationsprozess. Die Entwicklung einiger Instrumente folgte empirischen Daten, andere basieren auf Theorien der psychologischen Fehlerforschung. Es lassen sich folgende Hauptkategorien in den meisten Systemen wiederfinden: Beschreibung des Ereignisses, kausale oder betragende Faktoren, Konsequenzen des Ereignisses, Maßnahmen zur Vermeidung.
Diskussion: Die vorhandenen Klassifikationssysteme sind auf Grund der unterschiedlichen Fundierung, der international unterschiedlichen Organisation von Primärversorgung und der medizinischen Bereiche, in denen sie entwickelt wurden, inhaltlich und strukturell sehr verschieden. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Literaturrecherche soll für den Bereich der Primärversorgung ein international anwendbares Instrument zur Auswertung von Patientensicherheitsdaten entwickelt werden.
Schlussfolgerungen: Die Schlussfolgerungen werden nach Abschluss der Literaturauswertung auf dem Kongress vorgestellt.

S 8-2

Wie beurteilen Patienten mit koronarer Herzerkrankung die hausärztliche Versorgung im Europäischen Vergleich?

S. Ludt[1], J. van Lieshout[2], M. Wensing[2], J. Szecsenyi[1]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]Radboud University Nijmegen Medical Centre Scientific Institute for Quality of Healthcare, Nijmegen (Niederlanden)

Einleitung: Viele Patienten mit chronischen Erkrankungen, wie z.B. der koronaren Herzerkrankung (KHK), werden europaweit in hausärztlichen Praxen betreut. Eine strukturierte und qualitätsgesicherte Versorgung dieser Patienten stellt daher eine wichtige Herausforderung in diesem Setting dar. Zur Beurteilung dieser Versorgungsqualität aus Patientensicht hat sich das Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)-Instrument etabliert. Dieses validierte Instrument basiert auf den Inhalten des Chronic Care Models (CCM) und ermöglicht neben der Bewertung wichtiger Versorgungsaspekte auch eine Bewertung der Beratungsqualität.
Methodik:. In der einer internationalen Beobachtungsstudie (EPA Cardio), an der Hausarztpraxen aus neun Europäischen Ländern teilnahmen, wurden Patienten mit koronarer Herzerkrankung über die Praxis-EDV identifiziert und davon 30 Patienten zufällig für die Studienteilnahme ausgewählt. Teilnahmewillige Patienten füllten einen Fragebogen aus, der neben Fragen zu soziodemographischen Faktoren, Komorbiditäten und dem Gesundheitszustand auch das PACIC-Instrument beinhaltete.
Ergebnisse: 304 Hausarztpraxen aus 9 Europäischen Ländern rekrutierten 3956 KHK-Patienten, die den Fragebogen ausfüllten. 2/3 dieser Patienten waren männlich, das mittlere Alter lag bei 68 Jahren. Der PACIC- Gesamtscore, sowie die Scores der Domänen „patient activation", „delivery system", „goal setting",

„problem solving“, „follow up“ sowie spezifische 5A-Beratungsschritte werden ländervergleichend dargestellt.
Diskussion: Die unterschiedlichen PACIC-Scores teilnehmender Länder können vor dem Hintergrund verschiedener Versorgungsstrukturen diskutiert werden: z.B. DMP in Deutschland vs Qualitätsinitiativen in den Niederlanden.
Schlussfolgerungen: Durch den europäischen Vergleich können Stärken und Schwächen der Versorgung in verschiedenen Gesundheitssystemen aufdeckt und effektive Strategien zur Qualitätsverbesserung abgeleitet werden.

S 8-3
arriba-lib – E-Bibliothek der Entscheidungshilfen für die hausärztliche Praxis. Erste Ergebnisse einer Erprobungsstudie aus Sicht der Patienten.

O. Hirsch, H. Keller, C. Albohn-Kühne, N. Donner-Banzhoff
Philipps-Universität Marburg Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: Entscheidungshilfen (EH) im medizinischen Kontext haben zum Ziel, auf der Basis von evidenzbasierten Informationen, die direkt auf die aktuelle Situation des Patienten zugeschnitten werden, unter zentraler Berücksichtigung der Wertvorstellungen und Präferenzen des Patienten eine bestmöglich informierte Entscheidung gemeinsam mit dem behandelnden Arzt zu treffen. Die meisten EH sind jedoch so konstruiert, dass sie Patienten lediglich außerhalb der Konsultation informieren. Unser Projekt hat zum Ziel, eine elektronische Bibliothek (arriba-lib) von evidenzbasierten, interaktiven, transaktionalen Entscheidungshilfen auf der Basis des des Shared Decision Making (SDM) - Modells zu erstellen und zu erproben, die sich zunächst auf die Prävention und Behandlung des KHK-Formenkreises bezieht.
Methoden: In die E-Bibliothek wurden bisher evidenzbasierte EH zu kardiovaskulärer Prävention, Vorhofflimmern, koronarer Herzerkrankung, Diabetes mellitus Typ 2 und Depression integriert. Es wird derzeit eine Erprobungsstudie in 34 Hausarztpraxen durchgeführt, in die Patienten eingeschlossen werden, bei denen in diesen Bereichen eine Therapieentscheidung ansteht. Die Beratung orientiert sich an den Prozessschritten des SDM-Modells (Definition der Entscheidungssituation - individuelle Risikoberechnung für den weiteren Verlauf der Erkrankung – Darstellung des quantitativen Einflusses verschiedener Behandlungsoptionen auf das individuelle Risiko - Abwägung der Vor- und Nachteile der evidenzbasierten Behandlungsoptionen - Vereinbarungen über das weitere Vorgehen). Mit einem Patientenfragebogen, qualitativen Interviews und quantitativ orientierten Telefoninterviews werden unter anderem die Zufriedenheit der Patienten mit der Beratung, mit der Entscheidungshilfe, die Einbeziehung in die Entscheidung und die Nachhaltigkeit der Entscheidung erfragt.
Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerungen werden zum Kongress dargestellt, da sich das Projekt aktuell in der Phase der Datenerhebung befindet.

S 8-4
arriba-lib – E-Bibliothek der Entscheidungshilfen für die hausärztliche Praxis. Erste Ergebnisse einer Erprobungsstudie aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte.

O. Hirsch, H. Keller, C. Albohn-Kühne, N. Donner-Banzhoff
Philipps-Universität Marburg Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: Seit ca. einem Jahrzehnt werden zunehmend Entscheidungshilfen (EH) entwickelt und evaluiert. Gerade von hausärztlich tätigen und forschenden Kollegen wird eingefordert, Instrumente zu entwickeln, die in der Praxis gemeinsam von Patienten und Ärzten im Beratungsgespräch eingesetzt werden können. Unser Projekt hat zum Ziel, eine elektronische Bibliothek von evidenzbasierten, interaktiven, transaktionalen Entscheidungshilfen (arriba-lib) auf der Basis des Shared Decision Making (SDM) - Modells zu erstellen und zu erproben, die sich zunächst auf die Prävention und Behandlung des KHK-Formenkreises bezieht.
Methoden: In die E-Bibliothek wurden evidenzbasierte Entscheidungshilfen zu kardiovaskulärer Prävention, Vorhofflimmern, koronarer Herzerkrankung, Diabetes mellitus Typ 2 und Depression integriert. Es wird derzeit eine Erprobungsstudie in 34 Hausarztpraxen durchgeführt, in die Patienten eingeschlossen werden, bei denen in diesen Bereichen eine Therapieentscheidung ansteht. Nach der Definition der Entscheidungssituation erfolgt eine individuelle Risikoberechnung für den weiteren Verlauf der Erkrankung. Anschließend kann der quantitative Einfluss verschiedener Behandlungsoptionen auf das individuelle Risiko graphisch veranschaulicht werden (Smileys und Balkengraphiken). Im nächsten Schritt kann dann eine Abwägung der Vor- und Nachteile der evidenzbasierten Behandlungsoptionen mittels einer Darstellung durch ein Waagemodell durchgeführt werden. Zum Abschluss werden Vereinbarungen über das weitere Vorgehen getroffen. Mit einem Arztfragebogen und einer ärztlichen Fokusgruppe werden unter anderem die konzeptionelle und inhaltliche Zufriedenheit mit der E-Bibliothek sowie Aspekte zur Entscheidungsfindung erhoben. Ferner wird die Benutzung der einzelnen Elemente des Programms aufgezeichnet (logging framework).. Ziel dieser Machbarkeitsstudie ist u.a. die Evaluation der einzelnen Bausteine von arriba-lib aus der Hausarztperspektive.
Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerungen werden zum Kongress dargestellt, da sich das Projekt aktuell in der Phase der Datenerhebung befindet.

S 9-1
Ein Hausarztmodell für Österreich: Analyse der Rahmenbedingungen und Umsetzungspotenziale

T. Fischer, M. Schauppenlehner
Wiener Gebietskrankenkasse Competence Center Integrierte Versorgung/Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention, Wien (Österreich)

In den letzten Jahren wurde in Österreich immer wieder die Worthülse des Hausarztmodells sowohl von der Bundesregie-

rung, verschiedenen Standesvertretungen als auch der Sozialversicherung bemüht, ohne jedoch gleichzeitig eine inhaltliche Bestimmung vorzunehmen. Daher hat sich die soziale Krankenversicherung im Jahr 2010 zum Ziel gesetzt, ein Strategiekonzept für die Einführung eines Hausarztmodells zu erarbeiten. Dieser Prozess gestaltet sich indes vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Interessenslagen sehr schwierig.
Im vorliegenden Papier wird dieser Prozess transparent dargestellt, wobei ein Schwerpunkt auf die Analyse der Rahmenbedingungen durch unterschiedliche Methoden und die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen liegt. So wird einerseits anhand quantitativer Methoden mithilfe von Abrechnungsdaten der Krankenversicherung der Status quo der Versorgungsleistungen durch die praktischen ÄrztInnen gemappt und andererseits durch eine qualitative Betrachtung das Patientenverhalten beleuchtet. Dabei wird aufgrund der geographischen Gegebenheiten in Österreich stets zwischen Ballungsgebieten mit hoher Ärztedichte und ländlichen Regionen mit einer geringeren Versorgungsdichte unterschieden. Darüber hinaus werden die Parameter eines Hausarztmodells für Österreich dargestellt und im Rahmen einer Konsequenzanalyse werden die Auswirkungen einer Implementierung eines Hausarztmodells aufgezeigt. Die finanziellen Wirkungen einer vermeintlichen Einführung eines Hausarztmodells werden schließlich mit Hilfe den Ergebnissen eines Simulationsmodells beziffert.
In der Gesamtschau zeigt sich, dass eine Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung in Österreich in Richtung Hausarztmodell nur unter bestimmten Annahmen, die realiter kaum zutreffend sind, und bestimmten gesetzlichen Änderungen sinnvoll in das Gesundheitssystem implementierbar ist.

S 9-2

Die Entwicklung der norwegischen Allgemeinmedizin - ein Vorbild für Deutschland?

W. Herrmann[1,2], A. Bærheim[3]
[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin Graduiertenkolleg Multimorbidität im Alter, Berlin; [2]Alice Salomon Hochschule Berlin Projekt INSOMNIA, Berlin; [3]University of Bergen Department of Public Health and Primary Health Care, Bergen (Norwegen)

Einleitung: Die deutschen Allgemeinmedizin ist im europäischen Vergleich in einer schwierigen Situation. Die Rolle im medizinischen Versorgungssystem ist gering ausgeprägt und Nachwuchs fehlt. Die norwegische Allgemeinmedizin gilt hingegen als vorbildlich, wenn auch nicht als Vorreiter in Europa. Wie hat sich die norwegische Allgemeinmedizin in den letzten Jahrzehnten entwickelt? Lassen sich aus dieser Entwicklung Schlussfolgerungen für Deutschland ziehen?
Methodik: Im Rahmen eines viermonatigen Forschungsaufenthaltes an der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Bergen führte WJH eine systematische Literaturrecherche durch, sprach mit Allgemeinmedizinern und hospitierte in Praxen auf dem Land und in der Stadt.
Ergebnisse: In den 70er Jahren war die norwegische Allgemeinmedizin mit staatlichen Diskriktsärzten auf dem Land und einer unregulierten ärztlichen Tätigkeit in den Städten in einer Krise. Verschiedene Reformen haben seit den 70er Jahren die allgemeinmedizinische Versorgung grundlegend verändert. Dazu gehören vor allem die Verantwortlichkeit für die allgemeinmedizinische Versorgung bei den Gemeinden seit den 80er Jahren, eine Gatekeeperfunktion der Hausärzte, zunehmende Selbstständigkeit der Hausärzte in den 90er Jahren und die Einführung eines Einschreibesystems für die Patienten seit 2001. Sowohl das Einkommen der Allgemeinmediziner als auch die Zufriedenheit der Patienten sind deutlich gestiegen. Das größte Problem ist weiterhin die Versorgung abgelegener ländlicher Regionen und auch in Norwegen mangelt es den Hausärzten teilweise an Nachwuchs.
Diskussion: Die Entwicklung der norwegischen Allgemeinmedizin ist vielversprechend, jedoch sind bei einem Vergleich mit Deutschland die unterschiedlichen Gesundheitssysteme und unterschiedlichen Kulturen in Gesellschaft und Medizin zu beachten.
Schlussfolgerungen: Insbesondere die Verantwortlichkeit der Gemeinden, die grössere Anzahl grösserer Gemeinschaftspraxen und das Patienteneinschreibesystem sind für Deutschland interessante Aspekte der allgemeinmedizinischen Versorgung in Norwegen.

S 9-3

Zukunftsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung- eine SWOT-Analyse anhand des Medical Home-Konzepts

A. Erler, C. Lilienkamp, M. Beyer, F. M. Gerlach
Goethe-Universität Frankfurt Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main

Hintergrund: Das Konzept des ‚Patient-Centered Medical Home' beinhaltet folgende Dimensionen: einfacher Zugang zu einem persönlichen Hausarzt, hausarztgeleitete und teamorientierte umfassende und individuelle Behandlung mit hoher Qualität und Sicherheit, gute Koordination der Versorgung über alle Bereiche des Gesundheitswesens hinweg. Es enthält die wesentlichen Kriterien einer guten Primärversorgung und eignet sich somit als theoretisches Rahmenkonzept zur Analyse der hausärztlichen Versorgung hinsichtlich ihrer Qualität und Zukunftsfähigkeit. Im Rahmen einer SWOT (Strength, weakness, opportunity, threat) - Analyse soll anhand der Medical Home-Kriterien untersucht werden, welche Stärken, Schwächen und Potentiale Hausarztpraxen derzeit aufweisen. Die SWOT-Analyse wurde ursprünglich in der Betriebswirtschaft als Werkzeug des strategischen Managements genutzt, inzwischen wird sie jedoch auch als Instrument für formative Evaluationen und Qualitätsentwicklung verwendet.
Methoden: Eine repräsentative Zufallsauswahl von 36 Hausarztpraxen in Südhessen wurde im Rahmen einer internationalen, vom Commonwealth Fund unterstützten Studie mittels eines schriftlichen Fragebogens befragt. Mit 15 Praxen wurden zusätzlich vertiefende leitfadengestützte Telefoninterviews durchgeführt und einer Inhaltsanalyse unterzogen. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse werden anhand der Dimensionen des Medical Home-Konzepts zusammengeführt und mittels einer SWOT-Analyse ausgewertet.
Erwartete Ergebnisse: Zum Zeitpunkt des Kongresses liegen die Ergebnisse der Analyse vor.

Diskussion: Die Ergebnisse der SWOT-Analyse werden hinsichtlich ihrer Implikationen für die Zukunftsfähigkeit der Primärversorgung in Deutschland diskutiert.
Schlussfolgerung: Einzelne Elemente des Medical Home-Konzepts werden in Hausarztpraxen bereits umgesetzt. Mit dem Instrument der SWOT-Analyse können Stärken identifiziert werden, welche die hausärztliche Versorgung in Deutschland zukunftsfähig machen und weiter ausgebaut werden sollten. Schwächen, ungenutzte Potentiale und Barrieren für eine Weiterentwicklung der Primärversorgung können ebenfalls erkannt und Gegenstrategien entwickelt werden.

S 9-4

Entwicklung von Alters-adaptierten, Risiko- und Prioritäts-gesteuerten Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Hausarztverträge nach § 73b

G. Schmiemann[1], *J. Biesewig-Siebenmorgen*[2], *G. Egidi*[2]
[1]Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin, Hannover; [2]Gemeinschaftspraxis, Bremen

Hintergrund: Auf Wunsch der AOK Bremen/Bremerhaven wurde das Angebot an Vorsorgeuntersuchungen im neu abgeschlossenen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach §73b in Bremen deutlich erweitert. Auf hausärztlicher Seite sollten diese Vorgaben genutzt werden, um innovative Elemente in die seit 1989 bestehende Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V zu bringen. Dieser Versuch intendiert, unnötige Screening-Untersuchungen zu vermeiden und auf (aus Patientensicht) wichtige Probleme zu fokussieren. Ziel ist die Implementierung einer Alters- und Risikoadaptierten Untersuchung, deren Inhalte durch die Prioritäten des Patienten mitbestimmt werden können. Mit Vertragsbeginn zum 01.07.2010 wird die neue Vorsorgeuntersuchung Bestandteil der Regelversorgung für alle an der HZV teilnehmenden AOK-Versicherten im Land Bremen.
Methode: Nach selektiver Literaturrecherche wurde durch eine hausärztliche Arbeitsgruppe ein Erstentwurf erstellt. Dieser wurde in mehreren Rückmeldungs-Runden mit den Vertragsparteien, interessierten Hausärzten und im Listserver Allgemeinmedizin diskutiert und verändert. Ein Praxistest analog zum Implementierungskonzept der DEGAM Leitlinien ist geplant.
Ergebnis: Für die Altersgruppen 18-35, 36-70 und >70 Jahre wurden Patientenfragebögen entwickelt, in denen nach in dieser Altersgruppe wichtigen Gesundheitsproblemen gefragt wird. Zur Unterstützung des Hausarztes finden sich in einem "Werkzeugkoffer" auf die einzelnen Items bezogene Instrumente (Diagnostische Hilfsmittel, Patienteninformationen, lokale Angebote). Die Ergebnisse des Praxistests sowie erste Erfahrungen der Umsetzung werden zum Kongress vorliegen.
Diskussion: In sehr kurzem Zeitraum werden die Rahmenbedingungen der Gesundheitsuntersuchung für einen umschriebenen Patientenkreis entscheidend verändert. Ob und in welchem Umfang Hausärzte und Patienten diese Untersuchung annehmen, wird Gegenstand einer geplanten Evaluation sein.

S 9-5

Werden die Bedürfnisse von Patienten hinsichtlich Gesundheitsberatung und Prävention in der Allgemeinarztpraxis erfüllt? Ergebnisse einer internationalen Fragebogenstudie (EUROPREVIEW Patient Study)

A. Mortsiefer[1], *S. Ludt*[2], *C. Brotons*[3]
[1]Universitätsklinikum Düsseldorf Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; [2]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [3]Sardenya Primary Health Center Unit of Research, Barcelona (Spanien)

Einleitung: Prävention und Gesundheitsberatung sollen in der Hausarztpraxis der Zukunft eine größere Rolle spielen. Über die Sichtweise der Patienten ist bisher wenig bekannt. Ziel dieser europäischen Fragebogenstudie ist die Evaluierung der patientenseitigen Bedürfnisse sowie eine Abfrage der erhaltenen Präventionsangebote.
Methoden: Multizentrische Fragebogenstudie in 22 Ländern. In jeweils 10 Hausarztpraxen pro Land wurden konsekutiv 40 Patienten zwischen 30 und 70 Jahren eingeschlossen. Die Validität des in die jeweiligen Landessprachen übersetzten Patientenfragebogens wurde durch Rück-Übersetzungen sowie Pilotierungen vor Ort überprüft. Es erfolgte eine Multilevel-Analyse mit Hilfe explorativer statistischer Verfahren.
Ergebnisse: Die insgesamt 7500 Patienten gaben an, von ihren Ärzten mindestens einmalig auf folgende Themen angesprochen worden zu sein: Blutdruck (69%), Cholesterin (57%), körperliche Aktivität (51%), Ernährung (48%), Gewicht (49%), Rauchgewohnheiten (42%), Alkoholkonsum (29%). Einen Verbesserungsbedarf beim eigenen Körpergewicht sehen 52%, für verbesserte Ernährung 41%, für verstärkte körperliche Aktivität 45%, für einen Rauchstopp 20%, für eine Einschränkung des Alkoholkonsums 11% aller Patienten. Jeweils ca. ein Drittel dieser Patienten erinnert kein aktives Ansprechen des Hausarztes auf ihre ungesunden Lebensstilfaktoren. Bis zum Kongress wird eine Auswertung deutscher Daten im europäischen Vergleich vorliegen.
Diskussion: Der hohe Anteil von Patienten, die Verbesserungsbedarf hinsichtlich ihrer Lebensstilfaktoren sehen, legt nahe, dass das Bedürfnis nach Unterstützung und Beratung hoch ist. Bei den vom Hausarzt angesprochenen Themen dominieren die medizinisch-technisch erfassbaren Risikofaktoren wie Cholesterin und Blutdruck.
Schlussfolgerungen: Das Bedürfnis vieler Patienten zur Verbesserung ihrer Lebensstilfaktoren wird zu selten aufgegriffen und stellt für die von „Check-ups" geprägte allgemeinmedizinische Prävention eine Herausforderung und Chance dar, sich hin zu einer umfassenderen Gesundheitsberatung zu entwickeln.

S 9-6

Was Patienten wissen wollen – Eine Neugestaltung der Packungsbeilage aus Patientensicht

D. Simic[1], *V. Mülders*[2], *O. R. Herber*[1,3], *S. Wilm*[1], *D. Schwappach*[4], *P. A. Thürmann*[2,5]
[1]Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke, Witten; [2]Lehrstuhl für Klinische Pharma-

kologie, Universität Witten/Herdecke, Witten; [3]School of Nursing & Midwifery, University of Dundee, Dundee (Irland); [4]Stiftung für Patientensicherheit, Zürich (Schweiz); [5]Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum, Wuppertal

Einleitung: Bevor Patienten Medikamente einnehmen, möchten sie über das Medikament ausführlich informiert werden. Neben der mündlichen Aufklärung durch den Arzt dient hierzu die Packungsbeilage. Nach Lesen der Packungsbeilage nimmt ein Viertel der Befragten das Medikament nicht ein. Es soll untersucht werden, welche Informationen Patienten wünschen und wie diese dargestellt werden sollen.
Methoden: Die Studie weist ein zweistufiges Untersuchungsdesign auf. Zuerst wurden 6 Fokusgruppen mit je 5-7 Patienten (Diabetes mellitus, Hypertonie, Hypercholesterinämie) durchgeführt, um Patientenwünsche in Bezug auf eine schriftliche Arzneimittelinformation zu erfassen. Das transkribierte Material wurde in einem multiprofessionellen Team inhaltsanalytisch ausgewertet. Aus den 6 Attributen wurden 8 Paar Szenarien erstellt, welche in einer Präferenzmessung 1000 Personen (Mindestalter 50 Jahre, Region Ruhrgebiet) paarweise im Vergleich vorgelegt wurden. Die Auswertung erfolgte mittels einer Discrete choice analysis.
Ergebnisse: Die Probanden wünschen gut lesbare, optisch ansprechende und kurz gefasste Packungsbeilagen. Ältere Probanden haben eine stärkere Präferenz zu weniger Informationen. Probanden mit hohem Bildungsgrad wünschen Handlungsanweisungen bei Auftreten von Nebenwirkungen. Wichtige Informationen sollen farblich hervorgehoben werden. Beipackzettel sollten im DIN A4 oder DIN A5 Format gestaltet werden. Lateinische Fachbegriffe sollen vermieden und eine einfache, klar verständliche, deutsche Sprache verwendet werden. Von Bedeutung ist ebenfalls die Trennung zwischen Nutzen und Risiko des Arzneimittels.
Diskussion: Eine Vielzahl von Probandenwünschen scheint direkt umsetzbar für Packungsbeilagen zu sein. Andere sind nicht konform mit aktuellen regulatorischen Vorgaben.
Schlussfolgerungen: Die ermittelten Änderungsvorschläge könnten dazu beitragen, dass die von Patient und Arzt vereinbarten Therapieziele besser erreicht werden.

S 10-1
Die Versorgung von Menschen mit Demenz im Jahre 2030 – Ergebnisse eines Szenario-Prozesses (Sze-Dem)

H. C. Vollmar[1,2], B. Beckert[3], B. Hüsing[3], K. Cuhls[4], S. Bartholomeyczik[1,5], S. Wilm[2]
[1]Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Standort Universität Witten/Herdecke, Witten; [2]Universität Witten/Herdecke Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; [3]Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) Competence Center Neue Technologien, Karlsruhe; [4]Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) Competence Center Innovations- und Technologie-Management und Vorausschau, Karlsruhe; [5]Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, Witten

Einleitung: Die Politik hat auf die Zunahme neurodegenerativer Erkrankungen reagiert und die Forschungsförderung sukzessive gesteigert. Anstrengungen auf der Forschungsseite stehen Defizite in der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gegenüber.
Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) wird in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke und dem Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) einen Szenario-Prozess durchführen, um mögliche Zukünfte der Versorgung von Menschen mit Demenz aufzuzeigen (Sze-Dem Projekt).
Methoden:
Die Entwicklung der Szenarien wird wie folgt durchgeführt:
- Identifizierung der relevanten Einflussfelder per Literaturanalyse und Internetrecherche
- Systematische Sammlung der relevanten Trends in den einzelnen Feldern (sog. Deskriptoren)
- Bewertung der Deskriptoren bzgl. ihrer möglichen Ausprägungen in einem multidisziplinären Expertenworkshop mit ca. 50 Teilnehmern
- Verknüpfung der gewichteten Deskriptoren und ihrer Ausprägungen in einer sog. Konsistenz-Matrix
- Softwaregestützte Berechnung konsistenter Kombinationen (Szenarienbündel)
- Ausformulierung schlüssiger Szenarien als mögliche Zukunftsbilder und Rückkoppelung zu den beteiligten Experten

Ergebnisse: Bis zum Kongress werden Szenarien vorliegen, die als explorative Hilfsmittel dienen, um über wünschenswerte Zukünfte und mögliche Strategien zu ihrer Realisierung oder Vermeidung diskutieren zu können. Hieraus können Forschungsfragen und Handlungsoptionen für unterschiedliche Stakeholder generiert werden.
Schlussfolgerungen: In Deutschland wird die Szenario-Methode im strategischen Management genutzt, während sie in den Niederlanden seit den 80er Jahren zur systematischen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems eingesetzt wird. Bisher wurde sie nicht für die Demenz (-Versorgung) angewendet. Der Nutzen von Sze-Dem liegt in der systematischen und interdisziplinären Analyse relevanter Daten und Fakten sowie in der Verarbeitung von Prognosen und Expertenurteilen über die zukünftige Versorgung von Menschen mit Demenz.

S 10-2
Psychopharmaka für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen: Wer, was, wieviel?

S. Wilm[1], G. Bureick[1], M. Halek[2,3], D. Hardenacke[2], R. Knee[2], C. Krüger[4], H. Mayer[2], S. Bartholomeyczik[3,2]
[1]Universität Witten/Herdecke Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; [2]Universität Witten/Herdecke Institut für Pflegewissenschaft, Witten; [3]Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Standort Witten, Witten; [4]Paracelsus Medizinische Privatuniversität Institut für Pflegewissenschaft, Salzburg (Österreich)

Einleitung: In der stationären Altenpflege haben etwa 60% der Bewohner eine Demenz. Ein Teil zeigt Verhaltensweisen wie Herumwandern, Aggressivität, Schreien oder Apathie. Sie stellen dadurch große Herausforderungen an alle, die sie pflegen und versorgen. Symptome der Demenz werden oft mit Psychopharmaka behandelt. Wie sehen die Verordnungsmuster aus, und wer verordnet die Medikamente?

Methode: In einer Interventionsstudie in 15 Pflegeheimen in Witten und Dortmund (Leuchtturmprojekt Demenz des BMG, InDemA) wird bei 163 Patienten mit Demenz (Mini-Mental-Status-Test ≤ 24/30) u.a. die Medikation anhand der Dokumentation detailliert erfasst. Für die Psychopharmaka als Dauer-/ Bedarfsmedikation liegen Inhaltsstoff und Tagesdosis in ATC-Code und DDD vor. Die Datenerhebung erfolgt unter Qualitätssicherung und Monitoring.
Ergebnisse: Die Patienten nehmen im Durchschnitt 6 Dauermedikamente (Spannbreite 0-15). 55% bekommen mehr als 5, 9% mehr als 10 Medikamente. Die durchschnittliche Zahl der Psychopharmaka beträgt 1,5 pro Patient (0-5); 7% der Patienten nehmen mehr als 3 Psychopharmaka ein. 60% der an Demenz Erkrankten erhalten Neuroleptika, 24% Antidepressiva, 11% Tranquilizer, 8% Cholinesterasehemmer. 2/3 der Patienten werden von Psychiatern/Neurologen mitbetreut: 85% von ihnen erhalten Psychopharmaka, 76% Neuroleptika. Bei den ausschließlich von Hausärzten begleiteten Patienten bekommen 58% Psychopharmaka, 49% Neuroleptika. Psychiater/ Neurologen verordnen doppelt bis vierfach so viel psychotrope Medikamente in der gleichen Population.
Diskussion: Insbesondere Neuroleptika sind bei Menschen mit Demenz mit einer hohen Rate an unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) und einer Exzessmortalität assoziiert. Sie sollten daher bei demenzkranken Personen, die herausforderndes Verhalten zeigen, nur eine nachrangige Behandlungsalternative sein. Im Vordergrund sollte zunächst das Bemühen um das Verstehen des herausfordernden Verhaltens stehen.
Schlussfolgerung: Bei Patienten mit Demenz in Pflegeheimen liegt für die medikamentöse Therapie allgemein und für Psychopharmaka im Besonderen eine Über- und Fehlversorgung vor, die bei spezialistischer Behandlung ausgeprägter ist.

S 10-3
Können Qualitätsinstrumente zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Altenheimen beitragen?

G. Bureick[1], S. Löscher[1], M. Halek[2], D. Hardenacke[3], C. Krüger[4], R. Knee[3], H. Mayer[3], S. Bartholomeyczik[2], S. Wilm[1]
[1]Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Medizin, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; [2]Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten, Witten; [3]Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft, Witten; [4]Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft, Salzburg (Österreich)

Einleitung: Menschen mit Demenz zeigen häufig aggressives und herausforderndes Verhalten. Sie stellen dadurch große Herausforderungen an alle, die mit ihrer Pflege und Versorgung betraut sind. Parallele Fortbildungen von Pflegenden und Hausärzten sollen Wissen, Können und Haltung weiterentwickeln. Im Fokus steht eine verbesserte Versorgungssituation von Menschen mit Demenz, um dadurch ihre Lebensqualität entscheidend zu verbessern.
Methode: Eine Interventionsstudie mit Demenzkranken in Altenheimen wird mittels Pre-Post-Test-Design durchgeführt. Pflegende werden in der verstehenden Pflegediagnostik anhand der „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ (BMG), Hausärzte in der DEGAM-Leitlinie „Demenz“ fortgebildet. Die Interventionszeit beträgt neun Monate. Primärer Outcome-Parameter ist die Rate der Neuroleptika-Verordnung; sekundärer Outcome-Parameter ist die Lebensqualität der Menschen mit Demenz, das Herausfordernde Verhalten und das Belastungserleben von Pflegenden.
Ergebnisse: 163 Patienten (Mini-Mental-Status-Test ≤ 24/30) aus 15 Altenheimen, 151 Pflegende und 73 Hausärzte sind in die Studie eingeschlossen (t0). Der Anteil der Patienten mit Psychopharmaka allgemein als Dauermedikation, Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer (t0/t1) nimmt ab. Das Herausfordernde Verhalten der Patienten reduziert sich. Die Lebensqualität der Patienten war bereits bei der Ersterhebung relativ hoch, nach den Interventionen hat sich diese kaum verändert.
Diskussion: Die parallele Implementierung von zwei Qualitätsinstrumenten bei Pflegenden und Hausärzten ist aufwändig. Nach der Intervention sind Veränderungen in der Medikation feststellbar. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass herausforderndes Verhalten und die Lebensqualität positiv beeinflusst werden können und gleichzeitig die Psychopharmaka-Medikation reduzierbar ist.
Schlussfolgerung: Die Versorgungs- und Lebenssituation der Menschen mit Demenz scheint sich verbessert zu haben – obwohl das Lebensalter gestiegen und ihre Demenzerkrankung fortgeschritten sind.

S 10-4
Arzt-Patient-Gespräche nach einem geriatrischen Assessment: Patientenzentrierung und Priorisierung

J. Wrede[1], J. Bleidorn[1], I. Voigt[1], U. Junius-Walker[1], M. - L. Dierks[2]
[1]Medizinische Hochschule Hannover Allgemeinmedizin, Hannover; [2]Medizinische Hochschule Hannover Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover

Einleitung: Über Inhalte und Patientenzentrierung von Arzt-Patient-Gesprächen nach geriatrischen Assessments liegen bisher kaum Erkenntnisse vor. Anhand der Forschungsfrage, ob Hausärzte in Konsultationen nach einem geriatrischen Assessment (STEP) patientenzentriert vorgehen und ob bzw. wie eine Priorisierung von Gesundheitsproblemen stattfindet, werden Arzt-Patient-Gespräche in einer eingebetteten Untersuchung einer cluster-randomisierten Vergleichstudie (PräfCheck) analysiert.
Methoden: Es werden insgesamt 30 Arzt-Patient-Gespräche nach einem geriatrischen Assesment (STEP), aufgenommen, transkribiert und analysiert. Dazu wurde ein Analyseschema auf der Basis theoretischer Vorüberlegungen und der qualitativen Analyse von 12 Gesprächen entwickelt. Die entsprechenden Hauptkategorien lauten: Thematisierung der Patientenperspektive [arzt-/patientenseitig initiiert], Patientenzentrierung des Arztes (Empathie und Empowerment), Shared decision-making, Prioritätensetzung und Vereinbarungen zu Prioritäten.

Ergebnisse: Auf der Basis der Auswertung der ersten Gespräche zeichnen sich vorläufige Ergebnisse ab: Die Patientenperspektive wurde durch die Patienten selbst bei einem kleineren Teil aller Probleme eingebracht und von den Ärzten unterschiedlich intensiv, je nach Art des Gesundheitsproblems, aufgegriffen. Nur in wenigen Fällen erfragte der Arzt die Patientensicht von sich aus. Eine Priorisierung der Gesundheitsprobleme hinsichtlich der Konsequenzen für weitere Diagnostik und Therapie fand in der Regel nicht statt.
Diskussion: Die Patientenperspektive wird bei der Besprechung von Gesundheitsproblemen nicht systematisch erhoben. Der gemeinsame Aushandlungsprozess über die Priorisierung dieser Probleme ist für Ärzte und Patienten ungewohnt und wird nicht praktiziert, wenngleich gerade im Umgang mit gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen die Erfahrungen und Ressourcen der Betroffenen eine zentrale Rolle spielen sollten.
Schlussfolgerung: Die untersuchte Thematik wirft zahlreiche Fragen auf, insbesondere nach der ärztlichen Patientenzentrierung im Gespräch und der damit verbundenen Umsetzung von Priorisierungen und entsprechenden Vereinbarungen.

S 10-5
Prevention of Falls (PreFalls) - Multidisziplinäre Intervention zur Sturzreduktion im hausärztlichen Umfeld

W. A. Blank[1], P. Landendörfer[1], E. Freiberger[2], K. Linde1, M. Siegrist[3]
[1]Institut für Allgemeinmedizin Technische Universität München, München; [2]Institut für Sportwissenschaft und Sport Universität Erlangen, Erlangen; [3]Lehrstuhl und Poliklinik für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin Technische Universität München, München

Einleitung: Stürze stellen eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit alter Menschen dar. Sturzbedingte hüftnahe Frakturen führen häufig zu dauerhafter Pflegebedürftigkeit und Verlust der Selbständigkeit [1]. Effektive Sturzprävention ist ein wesentlicher Beitrag, die Lebensqualität im Alter zu verbessern [2]. PreFalls untersucht die Auswirkungen einer Implementierung eines ambulanten Netzwerkes unter Anwendung eines 16wöchigen Sturzpräventionsprogramms (Kraft, Koordination, Körperwahrnehmung, Alltagskompetenz, Gleichgewicht) im hausärztlichen Arbeitsbereich auf Zahl und Schwere von Stürzen älterer Menschen, ihre Lebensqualität und ihre Sturzangst [3].
Methode: PreFalls ist eine clusterrandomisierte, prospektive Multicenterstudie in den Regionen Erlangen und München. Ärzte und MFA´s wurden geschult und randomisiert. Einschlusskriterien waren: Alter > 65 Jahre, selbständiges Leben zu Hause und objektivierte Sturzgefährdung. Patienten führen ein monatlich kontrolliertes Sturztagebuch. Zu Beginn und nach 4, 12 und 24 Monaten werden ein Sturzassessment sowie Fragen zu Lebensqualität und Sturzangst erhoben. Patienten der Interventionsgruppe erhalten ein 16wöchiges Training durch speziell geschulte Bewegungstherapeuten.
Ergebnisse: Die Basiserhebung fast abgeschlossen, die Trainingsperiode in einem Teil der Interventionspraxen bereits beendet. In 40 Hausarztpraxen konnten bislang 369 Patienten eingeschlossen werden, davon 222 in die Interventionsgruppe.
Diskussion: Viele Untersuchungen befassen sich mit diagnostischen oder therapeutischen Optionen bei Stürzen im Alter. Mit dieser Studie wird erstmals untersucht, ob die Bereitstellung einer effektiven therapeutischen Option in Form eines Netzwerkes mit Bewegungsfachleuten für den Hausarzt in seinem regionalen Arbeitsbereich zu einer Reduktion von Stürzen und damit zu einer Verbesserung der Lebensqualität seiner älteren Patienten führt.
Schlussfolgerung: Erste Ergebnisse werden im Juni 2010 vorliegen und Aussagen erlauben.

Quellenangabe
1. Gates S, Fisher JD, Cooke ME et al. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency settings: systematic review and meta-analysis. BMJ 2008; 336: 130–3.
2. Ciaschini P.M., S.E. Straus, L.R. Dolovich, R.A. Goeree, K.M. Leung, C.R. Woods, G.M. Zimmerman, S.R. Majumdar, S. Spadafora, L.A. Fera, and H.N. Lee, Community-based intervention to optimise falls risk management: a randomised controlled trial. Age Ageing, November 2009; 38: 724 - 730.
3. Freiberger E, Menz HB, Abu-Omar K, Rutten A. Preventing falls in physically active community-dwelling older people: a comparison of two intervention techniques. Gerontology. 2007;53(5):298-305

S 10-6
Die Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo) für Bewohner von Senioreneinrichtungen: Bindeglied zwischen Patientenverfügung und Therapieentscheidung im Krisenfall

J. in der Schmitten[1], S. Rothärmel[2], D. Latz[1], G. Marckmann[3]
[1]Universitätsklinik Allgemeinmedizin, Düsseldorf; [2]Inst. f. Bio-Gesundheits- und Medizinrecht Lehrstuhl für Deutsches, Europäisches u. Internationales Straf- u. Strafprozessrecht, Medizin- u. Biorecht, Augsburg; [3]Universitätsklinik Institut für Ethik in der Medizin, Tübingen

Hintergrund: Im Notfall bleiben Patientenverfügungen meist ohne Wirkung auf das Personal von Altenheim, Rettungsdienst und Krankenhaus, auch wenn z.B. eine Reanimation darin abgelehnt wird. Ein in den USA erfolgreiches Konzept ist die Verbreitung ärztlicher Anordnungen bezüglich lebensverlängernder Behandlung (POLST). Wir berichten über die Entwicklung und Implementation einer auf hiesige Verhältnisse angepassten Variante, der Hausärztlichen Anordnung für den Notfall (HAnNo).
Methoden: Im Rahmen der regionalen Implementation eines Advance Care Planning - Programms in Altenheimen wurde im Dialog mit den regionalen Akteuren in einem mehrstufigen Prozess ein Formular entwickelt, das den notfall-relevanten Teil einer Patientenverfügung repräsentiert (HAnNo). Vorliegende HAnNo's werden auf ihre formal korrekte Verwendung hin überprüft. Ferner bewerten die regionalen Akteure das neue Instrument mit einem Fragebogen.
Ergebnisse: Die HAnNo gibt den Behandlungswillen des Bewohners bzw. Vertreters für medizinische Akutsituationen in Form einer ärztlichen Anordnung wieder. Sie enthält unmissver-

ständliche, handlungsrelevante und verlässliche Direktiven für das Personal von Altenheim, Rettungsdienst und Krankenhaus sowie alle behandelnden Ärzte. Wir präsentieren die formale Analyse der fertiggestellten HAnNo's sowie die Befragungsergebnisse.
Diskussion: Pflegende, Rettungsassistenten und Ärzte der Modellregion können sich auch im Notfall an den in der HAnNo dokumentierten konkreten Präferenzen orientieren – eine in Deutschland einmalige Situation. Aufgrund der möglichen irreversiblen Konsequenzen der darin festgelegten Therapiegrenzen muss ihr zwingend ein qualifizierter Beratungsprozess (facilitation) vorausgehen. Ihre regionale Einführung ist nur im Rahmen einer Schulung aller beteiligten Akteure vorstellbar.
Schlussfolgerung: HAnNo's erscheinen geeignet, Patientenverfügungen auch im Notfall die gesetzlich verankerte Geltung zu verschaffen. Weitere Forschung sollte Validität, Beachtung und klinische Konsequenzen von HAnNo's untersuchen.

S 11-1
Soziale Anliegen in der Hausarztpraxis – Art und Umfang anlässlich von 1700 Konsultationen

D. Jobst
Allgemeinmedizin Bonn Universitätskliniken, Bonn

Einleitung: Soziale Patientenanliegen sind Teil der Konsultationen bei Hausärzten. Welche Anliegen eine Rolle spielen und wie häufig sie sind, ist Ergebnis dieser Untersuchung.
Methoden: 2006 und 2009 wurden mittels Listserver und Briefaussendungen insgesamt 44 Hausärzte gewonnen. Sie beantworteten in konsekutiven Konsultationen eines Praxistages (max. 40) die Frage, ob und welche sozialen Patientenanliegen vorkamen und welchen zeitlichen Umfang sie einnahmen. Psychosomatische Anliegen, solche mit Krankheitshintergrund und Vorsorgegründe waren ausgeschlossen. Die Anliegen wurden entsprechend dem ICPC (International Classification of Primary Care, Kap. Z, soziale Probleme) kategorisiert.
Ergebnisse: Aus 1706 Konsultationen heraus berichteten die Ärzte 219 soziale Anliegen gemäß ICPC (12,9%, Range 0-59%, Median 7,5%), hiervon 63 Arbeits- und Ausbildungsplatzprobleme, 45 familiäre Beziehungsschwierigkeiten, 20 Erkrankung oder Todesfälle des Partners, je 16 Probleme der Ernährung und Anforderungen des Gesundheitssystems, 9 finanzielle Schwierigkeiten u.a. Einhundertsieben der sozialen Anliegen erforderten zwischen 51 bis über 90% der Konsultationszeit.
Diskussion: Ob und wie Arbeitsplatzprobleme, familiäre Beziehungsschwierigkeiten oder Armut in Hausarztpraxen zu lindern oder zu lösen sind, ist zu diskutieren. Die 16 Ärzte, die nur 0 –5% sozialer Probleme berichten, werden damit weniger Probleme habe als jene 16 Ärzte, bei denen 14,6 bis 58,5% solcher Anliegen vorkamen.
Schlussfolgerungen: Wenn die Häufigkeit und Verteilung sozialer Patientenanliegen in epidemiologischen Studien erhärtet würde, wäre eine sehr gute Einbindung von Hausärzten in das soziale Unterstützungssystem der Kommunen und Kreise ein notwendiges Qualitätsmerkmal ihrer Arbeit.

S 11-2
Umfassende Gesundheitsplanung in der Hausarztpraxis: Effekte nach 9 Monaten

P. Kempis, B. Weltermann, S. Gesenhues
Universität Duisburg-Essen Institut für Allgemeinmedizin, Essen

Einleitung: Hausärztliche Behandlungen sind komplex, da Patienten oft mehr als eine Erkrankung haben. Um den Überblick bei anstehenden Präventions- und Nachuntersuchungen zu behalten, entwickelten wir ein PC-Markierungssystem. Dieses erfasst Vorsorgemaßnahmen und notwendige Kontrollen bei Erkrankungen.
Wir berichten über die ersten Ergebnisse 9 Monate nach Beginn dieser Praxismanagementveränderung.
Methoden: In einer hausärztlichen Doppelpraxis wurden im 1. Quartal 2009 bei allen Patienten, die zur vollen und zur halben Stunde im Terminkalender registriert waren, die Patientenakte inklusive Dauermedikation und Dauerdiagnosen hinsichtlich notwendiger Präventionsmaßnahmen, Kontrolluntersuchungen bei bekannten Erkrankungen und besonderen Risiken durchgesehen. Für alle erfassten Items wurden entsprechende PC-Markierungen eingetragen.
Ergebnisse: Die Patientenpopulation umfasst 500 Patienten im Alter von 18 bis 94 Jahren, von denen 60,6 % Frauen sind. Die folgende Subanalyse beschreibt die ersten 200 Patienten, die das Dokumentationsintervall von 9 Monaten erreicht haben.

Patienten mit Indikation für Maßnahme	Ersterhebung		Nach 9 Monaten	
	n	%	n	%
Impfstatus komplett (n=200)	45	23	106	53
Check-up ab 35. LJ (n=163)	111	68	139	85
Gyn. Krebsvorsorge (n=121)	75	62	88	72
Darmkrebsvorsorge ab 56. Lj. mittels Koloskopie (n=110)	51	46	57	52
TSH-Kontrolle bei Hashimoto (n=14)	10	71	11	79

In allen Items wurde eine Verbesserung der Durchführungsrate dokumentiert.

Diskussion: Eine Markierung wichtiger Kontrolltermine im PC-System kann Hausärzten helfen, ihre Patienten leitlinienkonform zu versorgen.
Schlussfolgerung: Die systematische Planung von medizinischen Untersuchungen ist eine wichtige Strategie zur Verbesserung der Qualität der hausärztlichen Versorgung. Längerfristige Untersuchungen dieses Konzepts sind sinnvoll.

S 11-3

Der Einfluss sozialer Unterstützung auf kognitive Veränderung und Mortalität

M. Eisele[1], H. Kaduszkiewicz[1], H. van Den Bussche[1], T. Zimmermann[1], B. Wiese[2], M. Scherer[3]

[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg; [2]Medizinische Hochschule Hannover Institut für Biometrie, Hannover; [3]Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Institut für Sozialmedizin, Lübeck

Einleitung: In vielen Studien wurde ein Einfluss von sozialer Unterstützung auf das körperliche und psychische Wohlbefinden deutlich (1, 2). Der Zusammenhang erscheint jedoch komplex. Es ist nicht ausreichend geklärt, auf welche Komponente(n) sozialer Unterstützung (Quantität oder Qualität von Beziehungen, tatsächliche oder wahrgenommene Unterstützung) der Einfluss zurückzuführen ist. Diese Studie untersucht den Einfluss die subjektiv wahrgenommene Unterstützung auf kognitive Veränderung und Mortalität im Alter.

Methode: Die Teilstichprobe (N=2.367) der AgeCoDe Kohorte ist durchschnittlich 82,5 Jahren alt (65,7% w, 34,3% m). Sie wurden im Abstand von 18 Monaten 2-mal im Hinblick auf Kognition, gesundheitliche und soziale Faktoren untersucht. Die Auswertung erfolgt zweistufig: Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Unterstützung und Kognition sowie Gesundheitszustand werden zunächst im Querschnitt untersucht. Im zweiten Schritt wird mittels Regressionsmodellen die Vorhersagekraft von wahrgenommener Unterstützung längsschnittlich im Hinblick auf kognitive Veränderung und Mortalität unter Kontrolle weiterer assoziierten Faktoren analysiert.

Ergebnisse: Erste bivariate Analysen zur zeigten signifikante Unterschiede bezüglich: Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Depressivität (alle p=0.000) und Kognition (p=0.038) zwischen sozial unterstützten und nicht unterstützten Studienteilnehmern. Studienteilnehmer mit Unterstützung waren tendenziell jünger (0,65 Jahre), hatten bessere kognitive Fähigkeiten (0,26 Punkte; 7-Punkt-Skala) und hatten seltener depressive Verstimmungen (6,6 versus 21,3%). Die Gruppe enthielt 6,6% mehr Männer als die Gruppe mit geringerer sozialer Unterstützung. Weitere multivariate und längsschnittliche Analysen stehen aus.

Diskussion: Insbesondere einen Zusammenhang zwischen Depression und wahrgenommener Unterstützung und der Einfluss des Geschlechts wird deutlich, während der Zusammenhang zwischen Kognition und wahrgenommener Unterstützung geringer ausfällt als bei Studien, in denen die soziale Unterstützung an objektiven Faktoren (z.B. Netzwerkgröße) gemessen wird.

Schlussfolgerung: Es bleibt interessant zu erfahren, inwiefern sich die Ergebnisse ändern, wenn für den Einfluss von Depression und Geschlecht kontrolliert und der Zusammenhang prospektiv analysiert wird.

Quellenangabe

1. Obisesan T, Gillum R. Cognitive function, social integration and mortality in a U.S. national cohort study of older adults. BMC Geriatrics. 2009;9(1):33.

2. Fratiglioni L, Wang H, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. The Lancet. 2000 Apr 15;355(9212):1315-1319.

S 11-4

Mit Unsicherheit leben - KHK Diagnose im Niedrigprävalenzbereich

S. Bösner, J. Haasenritter, K. Karatolios, J. Schäfer, M. Abu Hani, H. Keller, A. Sönnichsen, E. Baum, N. Donner-Banzhoff

Philipps - Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: Die Diagnose einer KHK stellt eine Herausforderung für Hausärzte dar. Wir untersuchten bei Patienten mit Brustschmerz Verlaufsdaten von falsch negativ diagnostizierten KHK Patienten.

Methoden: In Zusammenarbeit mit 74 Hausarztpraxen wurde eine diagnostische Querschnittsstudie bei 1352 konsekutiven Patienten (ab 35J.) mit dem Beratungsanlass Brustschmerz durchgeführt. In einer telefonischen Befragung (6 Wochen und 6 Monate nach Rekrutierung) wurden Daten zur weiteren ärztlichen Betreuung und diagnostischen Abklärung erhoben. Diese Informationen dienten einem Referenzkomitee zur Entscheidung, ob zum Zeitpunkt des Patienteneinschlusses eine KHK vorgelegen hatte.

Ergebnisse: Bei 233 (18.8%) der Patienten gaben die Hausärzte eine KHK Wahrscheinlichkeit von 0% an. Von den 180 Fällen, bei denen das Referenz Komitee eine KHK festgestellt hatte, wurden 123 (68.3%) als richtig positiv und 57 (31.7%) als falsch negativ eingestuft. Von diesen 57 Fällen hatten 26 (45.6%) eine bekannte KHK. Die anamnestische Angabe einer gesicherten KHK korrelierte signifikant mit der ärztlichen Fehleinschätzung (OR 5.67; 95%KI: 3.14-10.25). Auch bei den falsch negativen KHK Fällen veranlassten die Hausärzte bei 71.9% ein EKG und überwiesen 35.1% zu einem Kardiologen oder Internisten.

Diskussion: Die initiale hausärztliche Einschätzung bzgl. einer KHK deckt sich mit Ergebnissen verschiedener epidemiologischer Studien aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich. Eine Veränderung der subjektiven Diagnoseschwelle würde bei moderatem Anstieg der Sensitivität zu einem deutlichem Abfall der Spezifität und vermehrten falsch positiven Fällen führen, die einer unnötigen weiteren diagnostischen Abklärung zugeführt würden.

Schlussfolgerungen: Die Hausärzte nahmen ihre Filterfunktion ernst und behielten eine KHK als mögliche Differentialdiagnose für die Patienten im Blick, denen sie zunächst eine andere Brustschmerzätiologie zugewiesen hatten.

S 11-5

Palliativmedizinische Versorgung durch Hausärzte in einer ländlichen Region: eine Bestandsaufnahme der Jahre 2007/2008

B. Weltermann, A. Terhorst, P. Kempis, S. Gesenhues

Universität Duisburg-Essen Institut für Allgemeinmedizin, Essen

Einleitung: Viele Hausärzte sind seit Jahren palliativmedizinisch tätig und sehen dies als selbstverständlichen Teil ihrer Tätigkeit. Diese repräsentative Studie erfasst die palliativmedizinische Versorgung von Patienten einer ländlichen Region und den hausärztlichen Anteil daran.

Methoden: In einer retrospektiven Studie wird die palliativmedizinische Tätigkeit aller 15 Ärzte des größten Notdienstbezirks der KV Nordrhein für die Jahre 2007 und 2008 erfasst. In strukturierten, Patientenakten-gestützten Interviews werden Arzt- und Praxisdaten sowie die Art und der Umfang der medizinischen Betreuung von jedem im genannten Zeitraum verstorbenen Palliativpatienten erhoben. Durch einen Abgleich mit dem lokalen Sterberegister wird die Häufigkeit der ambulanten Palliativversorgung durch Vertragsärzte bezogen auf alle Verstorbenen der Gemeinde berechnet.
Ergebnisse: In den beiden Jahren verstarben 463 Personen, 53,6 % (n=248) außerhalb und 46,4 % (n=215) innerhalb der Gemeinde. Da alle Krankenhäuser außerhalb der Gemeinde lokalisiert sind, sind alle stationär verstorbenen Patienten in der ersten Gruppe aufgeführt. Innerhalb der Gemeinde verstarben 30,2 % im Altenheim (n=65), 61,4 % (n=132) zuhause und 8,4 % (n=18) auf der Straße oder bei Verwandten. Mit Ausnahme eines Hausarztes nahmen alle 15 palliativmedizinisch tätigen Ärzte (11 Haus- und 4 Fachärzte) an der Erhebung teil. Insgesamt wurden 42,3 % der in der Gemeinde verstorbenen Patienten (n=91) palliativmedizinisch betreut. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten wurde von Hausärzten versorgt (87 von 91; 95,6 %). Jeder Hausarzt versorgte zwischen 7-10 Patienten.
Diskussion: Unsere Studie zeigt, dass Hausärzte mehr als 95 % der ambulanten palliativ-medizinischen Betreuung in einer ländlichen Region gewährleisten.
Schlussfolgerungen: Der drohende Hausarztmangel in ländlichen Regionen gefährdet auch die palliativmedizinische Versorgung erheblich.

S 11-6
Patientenverfügung im Partizipativen Prozess (PPP) in der hausärztlichen Praxis-Vorstellung und Zwischenbericht eines RCT

T. Dürk, F. Koelbing, J. Kracht, W. Niebling, I. Tinsel, A. Buchholz, A. Loh, K. Böhme
Uniklinik Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

Einleitung: Immer mehr Menschen in Deutschland möchten hinsichtlich Entscheidungen, die sich auf das Lebensende beziehen, Vorsorge treffen. Patientenverfügungen geben den Menschen die Möglichkeit, medizinische Entscheidungen für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit festzulegen und stellen somit ein wichtiges Instrument der Patientenautonomie dar. Die Entscheidungsfindung bei der Errichtung einer Patientenverfügung ist häufig schwierig. Am 1. September 2009 trat erstmals eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland in Kraft. Aufgrund der gesetzlichen Neuerungen und der Komplexität des Themas besteht ein hoher Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung.
Im Rahmen dieser, durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie werden Hausärzte in dem Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) geschult. PEF ist ein interaktiver Prozess zwischen Patient und Arzt mit dem Ziel, gleichberechtigt und auf der Basis geteilter Information, zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen.
Methoden: Randomisierte, kontrollierte Studie mit 40 Hausarztpraxen. Einschluss von 600 Patienten. Rechtliche Schulung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Interventiongruppe: Schulung in PEF und der Anwendung eines neuentwickelten Computerprogrammes zur Erstellung einer modular aufgebauten Patientenverfügung. Kontrollgruppe: Verwendung einer modular aufgebauten Patientenverfügung in Papierform. Die Parameter Ausmaß der Patientenbeteiligung, Entscheidungskonflikte und Patientenzufriedenheit bei medizinischen Entscheidungen werden anhand von Fragebögen erhoben.
Ergebnisse: Die erforderlichen Hausarztpraxen wurden erfolgreich rekrutiert. Die Studie startete im November 2009. Aktuell werden die Beratungsgespräche durchgeführt. Erste Daten werden für September erwartet.

S 12-1
Zwischen Bereicherung und Belastung – wie Hausärzte die Betreuung von Migranten erleben

T. Langer[1,2], Y. Adam[3], M. Stülb[3], R. Porst[4], S. Gupta[1]
[1]Universität Witten/Herdecke Institut für Allgemein- und Familienmedizin, Witten; [2]HELIOS Klinikum Wuppertal Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Wuppertal; [3]Institut für Migration, Kultur und Gesundheit, Freiburg; [4]GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften Pretesting, Mannheim

Einleitung: Ungefähr 20% der in Deutschland lebenden Menschen haben einen Migrationshintergrund. Die medizinische Versorgung dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe ist häufig durch sprachliche Verständigungsprobleme sowie kulturelle und sozio-ökonomische Unterschiede geprägt und teilweise erschwert. Bislang gibt es wenige Kenntnisse über die Erfahrungen von Hausärzten in Deutschland in der Betreuung dieser Patienten und wodurch sie beeinflusst werden.
Methoden: Wir führen eine postalische Fragebogenerhebung bei zufällig ausgewählten Hausärzten aus dem KV-Bezirk Nordrhein durch (n=2000). Das Instrument wurde auf Grundlage einer Literaturrecherche sowie qualitativer Interviews mit Hausärzten entwickelt und enthält 58 Items. Der Fragebogen wurde einer inhaltlichen und methodischen Supervision durch ein multidisziplinäres Team aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Fragebogenentwicklung und Ethnologie unterzogen. Es folgten kognitive Pretests mit 5 Hausärzten. Die Auswertung erfolgt mittels deskriptiver Statistik.
Ergebnisse: Sprachliche Verständigungsprobleme sind häufig. Übersetzung durch Praxismitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen oder Familienangehörige sind die häufigsten Hilfsstrategien. Ärzte mit einer größeren kulturellen Offenheit (Interesse an fremden Kulturen, Auslandsaufenthalte, Teilnahme an entsprechenden Fortbildungen) erleben die Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund eher als Bereicherung. Ärzte mit einer geringeren kulturellen Offenheit berichten seltener von eigenen Verhaltensweisen, die die Sichtweise von Patienten auf Krankheitsentstehung und Erwartung an die Behandlung einbeziehen.
Diskussion: In der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund können Probleme auf der sprachlichen Verständi-

gungsebene sowie auf der sozio-kulturellen Ebene auftreten. Wie diese Probleme erlebt, bewertet und bewältigt werden, hängt neben den Eigenschaften der Patienten von der kulturellen Sensibilität des Arztes ab.
Schlussfolgerung: Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund sollten neben der Bereitstellung von adäquaten Übersetzungshilfen auch Fortbildungen im Bereich interkultureller Kommunikation umfassen

S 12-2

Interkulturelle Medizin: Ergebnisse einer quantitativen Online- und Briefumfrage unter Deutschen, russisch-sprachigen Migranten und Russen.

K. Teigeler, V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, E. Baum
Philipps-Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: In Deutschland leben 3,3 Millionen Menschen, die aus dem Gebiet der ehemaligen UdSSR eingewandert sind. Diese sind in Bezug auf Gesundheitsauffassungen, Krankheitsverarbeitung und medizinisch relevantes Verhalten in einer Weise sozialisiert worden, die sich von der Mehrheit der deutschen Bevölkerung unterscheidet. Ziel der Studie ist, diese kulturellen Unterschiede in medizinisch relevantem Verhalten und Einstellungen zu explorieren.
Methoden: Es wurde eine mixed-methods Studie konzipiert, die die Erwartungen und Erfahrungen der Patienten mit dem russisch-sprachigen Hintergrund aber auch der Ärzte, die mit dieser Patientengruppe arbeiten, qualitativ exploriert. Ziel der Studie ist, die Besonderheiten dieser Patientengruppe zu erfassen, die eine Auswirkung auf den Behandlungsverlauf und langfristige Compliance im Rahmen der hausärztlichen Versorgung haben könnten. Gestützt auf die ersten Ergebnisse der Interviews startete im April 2010 eine Online- und Briefumfrage, die Gesundheitsbewusstsein, Krankheitsannahmen sowie bevorzugten Kommunikationsstil während der Konsultationen unter autochtonen Deutschen, russischsprachigen Migranten sowie autochthonen Russen erheben soll. Mit dem Fokus auf die in Deutschland lebenden russisch-sprachigen Migranten sollen drei Patienten-Gruppen verglichen werden. Es soll erforscht werden, inwiefern die Gewohnheiten des neuen Landes übernommen und des alten Landes beibehalten werden. Die bisherigen Befunde zur psychischen Belastung der Migranten sind uneinheitlich, da die Patienten überwiegend auf Deutsch befragt wurden, was die Vermutung erlaubt, dass nur besonders gut integrierte Personen teilgenommen haben. Daher soll zusätzlich der allgemeine Gesundheitszustand sowie psychosoziales Befinden, operationalisiert durch PHQ-9 und PHQ-15 (Spitzer et al., 1999), erfasst werden. Die Umfrage findet in deutscher und russischer Sprache statt, um möglichst breite Migrantengruppe zu erreichen.
Ergebnisse: Die Daten werden aktuell erhoben und ausgewertet. Abschließende Ergebnisse sollen auf dem Kongress präsentiert werden.

S 12-3

Interkulturelle Medizin: Russisch-sprachige Migranten beim Hausarzt. Ergebnisse einer qualitativen Befragung der Ärzte.

V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, E. Baum
Philipps-Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: In Deutschland leben 3,3 Millionen Menschen, die aus dem Gebiet der ehemaligen UdSSR eingewandert sind. Diese sind in Bezug auf Gesundheitsauffassungen, Krankheitsverarbeitung und medizinisch relevantes Verhalten in einer Weise sozialisiert worden, die sich von der Mehrheit der deutschen Bevölkerung unterscheidet. Systematische Untersuchungen und Handlungsstrategien für die hausärztliche Praxis fehlen jedoch. Ziel der Studie ist, die Erfahrungen sowie den Fortbildungsbedarf der Hausärzte aus dem Kontakt mit dieser Patientengruppe zu explorieren.
Methoden: Es wurde eine mixed-methods Studie konzipiert, die die Erwartungen und Erfahrungen der Patienten mit dem russisch-sprachigen Hintergrund aber auch der Ärzte, die mit dieser Patientengruppe arbeiten, exploriert. In der ersten qualitativen Datenerhebungs-Phase fanden persönliche Interviews (Dauer 1-2 Stunden) mit chronisch kranken Patienten in ihrer Muttersprache (Russisch) statt. Im Sinne der Triangulierung der qualitativen Daten wurden niedergelassene Hausärzte bezüglich ihrer Erfahrungen mit dieser Patientengruppe interviewt. Die autochthonen Deutschen und russisch-stämmigen Ärzte, deren Praxen von russisch-sprachigen Migranten besonders stark frequentiert werden, wurden nach dem Verhalten, Compliance, Schwierigkeiten im Vergleich zu autochthonen Deutschen aber auch persönlichen Erklärungsansätzen des Patientenverhaltens in Einzelinterviews (Dauer 40-60 Min.) befragt. Die Interviews wurden transkribiert und mit MAXQDA® ausgewertet.
Ergebnisse: Bis jetzt fanden fünf Ärzte-Interviews statt, weitere sind vereinbart. Angestrebt werden 15-20 Interviews. Nach den ersten Analysen werden insbesondere Unterschiede im Selbstfürsorgeverhalten sowie langfristiger Compliance, im Beikonsum von Medikamenten, den Erwartungen an die zu erfolgende Behandlung (z.B. Forderungen nach einem bestimmten Medikament oder einer High-Tech-Diagnostik) berichtet. Emotional wird ein geringer Respekt dem Arzt-Beruf gegenüber sowie Präferenz eines eher direktiven Kommunikationsstils erlebt.
Weitere Daten werden aktuell erhoben und ausgewertet. Abschließende Ergebnisse sollen auf dem Kongress präsentiert werden.

S 12-4

Krankheitskonzepte von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund - Sind diese wirklich so anders? Was sind Stereotype?

N. Becker[1], G. Koc[2], Y. Mustafa[3], H. Gerlach[1], H. - H. Abholz[1]
[1]Universität Düsseldorf Allgemeinmedizin, Düsseldorf; [2]Marien Hospital Migrantenambulanz, Duisburg; [3]Gesundheitsamt Osterholz, Osterholz-Scharmbeck

Einleitung: In Deutschland leben ca. 2,7 Mio Menschen mit türkischem Migrationshintergrund.
Zentrales Thema, wenn es um Verständigung zwischen Ärzten und Patienten geht sind Krankheitskonzepte, die sich Studien zufolge bei türkischen Patienten stark von „westlichen" Unterscheiden" sollen.
Methode: Wir führten zunächst drei Fokusgruppen mit jeweils maximal 15 Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (n=34) zum Thema: „Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihren Hausärzten?" durch.
Die Diskussionssprache war Deutsch. Vor der Auswertung wurde das gesamte Material aufgenommen und transkribiert, um im Anschluss inhaltsanalytisch (nach Mayring) bearbeitet zu werden. Die Kategorienbildung erfolgte induktiv d.h. offen am Material, von vier unabhängigen Auswerterinnen. In der anschließenden Gruppendiskussion folgte die Konsensfindung. Bei der Zusammensetzung der Auswerterinnen achteten wir insbesondere auch auf eine multikulturelle Zusammensetzung, um den kulturellen Bias zu reduzieren.
Hier wird ausschließlich nur die Kategorie Krankheitskonzepte vorgestellt.
Ergebnisse: Obwohl wir bezogen auf das eigene Rollenverständnis eine „traditionelle Gruppe" mit starker „Autoritätsorientierung" identifizieren konnten, fanden wir auch dort keine „magischen" bzw. „symbolhaften" geprägten Vorstellungen zu Krankheit und Gesundheit. Vielmehr waren die Krankheitskonzepte sehr vielfältig und unterschieden sich kaum von denen der „einheimischen Bevölkerung." Akuter Rückenschmerz wurde z.B. auf ein mögliches Problem der Muskulatur und der Bandscheiben zurückgeführt. Erwartet wurde eine potente Schmerztherapie, sowie eine schnelle diagnostische Absicherung. Verständigungsprobleme wurden allerdings im hohen Maße angesprochen.
Diskussion: Wir fanden keine „fremden" bzw. „symbolhaften" Krankheitskonzepte. Das belegt zwar nicht deren Nichtvorhandensein, deutet aber zumindest darauf hin, dass sie in ihrer Bedeutung überschätzt werden.
Schlussfolgerungen: Stereotype Vorstellungen in Bezug auf „fremde Kulturen", die ja auf der Idee „homogene Gemeinschaften" beruhen, sind ungeeignet kulturelle und soziale Vielfalt zu verstehen.

S 12-5

Erfahrungen deutscher Hausärzte mit dem Schamverständnis muslimischer Patientinnen

S. Diel[1], S. Hearn[1], K. Rambow[1], A. Kronenthaler[2,3,4]
[1]KIT - Karlsruher Institut für Technologie (ehemals Universität Karlsruhe) Studentin der Angewandten Kulturwissenschaften, Karlsruhe; [2]Universität Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen; [3]magnuna und karama consulting Geschäftsführung, Tübingen; [4]KIT Lehrbeauftragte der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften, Karlsruhe

Einleitung: Im Rahmen einer Fortbildung [1] wurden die Hausärzte (n=22) gebeten an einer Erhebung zum Schamgefühl muslimischer Patientinnen teilzunehmen.
Methode: Der Fragebogen wurde zu Beginn der Veranstaltung ausgeteilt und am Ende von allen abgegeben. Hier werden die Ergebnisse 3 geschlossener und 3 offener Fragen vorgestellt.
Ergebnisse: 13 Hausärzte gaben an muslimische Patientinnen zu behandeln (9 ohne Angabe).
Die muslimischen Patientinnen erscheinen bei 6 Ärzten alleine, bei 8 mit Ehemann, bei 7 mit Dolmetscher (ein Arzt ohne Angabe). Als Gründe für die Begleitung sehen 9 Hausärzte fehlende Deutschkenntnisse, 7 den Wunsch des Ehemannes, 4 die Unsicherheit der Frauen (2 ohne Angaben auf die offene Frage).
Die folgenden Ergebnisse beziehen sich nur auf die 13 Hausärzte, die angeben muslimische Patientinnen zu behandeln.
10 davon fallen Besonderheiten im Verhalten der Musliminnen auf: die Frauen sprechen kein Deutsch, sie erscheinen in Begleitung, sie tragen ein Kopftuch, der Ehemann trägt die Beschwerden vor, sie reichen zur Begrüßung nicht die Hand, dem Arzt wird starke Zurückhaltung entgegengebracht, die Patientinnen wirken scheu, sie schämen sich vermehrt sich frei zu machen. 2 Ärzte sahen keine Besonderheit (einer ohne Angabe auf die offene Frage).
9 Ärzte geben an, dass sie das Gefühl haben, muslimische Patientinnen seien gehemmter sich bei einer Untersuchung frei zu machen. Dies äußert sich durch: sie ziehen sich nur nach wiederholter Aufforderung zaghaft aus, sie machen nur die unbedingt notwendigen Körperabschnitte frei, der Ehemann muss zuerst zustimmen und ggf. dabei sein, die Entkleidungsbitte muss detailliert besprochen werden, Zurückhaltung gegenüber der Untersuchung und nur wenn diese absolut unumgänglich ist. 4 der 13 Hausärzte sehen keinerlei Unterschiede zu anderen Patientinnen.
Schlussfolgerung: Die Mehrzahl der Ärzte attestiert muslimischen Patientinnen ein größeres Schamgefühl. Im Sinne einer ‚schamfreien' Arzt-Patientinnen-Beziehung ist es hilfreich, wenn der Arzt sich mit islamischen Entkleidungsvorschriften bei Untersuchungen vertraut macht.

Quellenangabe
Erläuterung:
[1] Vortragsmeeting des ‚Neurologischen Arbeitskreis für Allgemeinmediziner' im Raum Rastatt / Baden-Baden der Firma Boehringer & Ingelheim

S 13-1

Nationale Versorgungs Leitlinie und Disease-Management-Programm Asthma – Kommen die Inhalte bei den Patienten an? – Vergleich zwischen gesetzlich und privat Versicherten mit und ohne DMP-Betreuung

S. Flesch[1], B. Bücker[2], M. Pentzek[1], S. Wilm[2], H. - H. Abholz[1], S. Löscher[2], C. - C. Schürer-Maly[1,3]
[1]Universitätsklinikum Düsseldorf Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; [2]Private Universität Witten/Herdecke Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; [3]Fakultät für Medizin der Privaten Universität Witten/Herdecke Institut f. Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen, Witten

Einleitung: Die NVL Asthma wurde 2005 erstmalig veröffentlicht. Zwei Jahre später wurde ein Disease Management Programm (DMP) Asthma initiiert. Auf dem letztjährigen DEGAM-Kongress präsentierten wir eine Befragung von Ver-

sicherten einer privaten Krankenversicherung die zeigte, dass sich diese oft nur teilweise leitlinienkonform verhalten.
Die Fragestellung der neuen Untersuchung ist: Unterscheidet sich die Adhärenz zu Leitlinienempfehlungen zwischen gesetzlich und privat Versicherten? Unsere Hypothese ist, dass sich gesetzlich versicherte Patienten in Schlüsselfragen wie "Umgang mit dem Notfallspray" und "Teilnahme an Schulungen" signifikant öfter konform zur NVL verhalten als privat Versicherte. Dieses Ergebnis wird aber nur für diejenigen gesetzlich Versicherten erwartet, die am DMP-Asthma teilnehmen.
Methoden: Im Mai werden 8000 Fragebögen - mit weitgehend identischen Fragen wie bei der Untersuchung bei den privat Versicherten des Vorjahres - an eine Zufallsstichprobe gesetzlich versicherter Asthma-Patienten versendet. Die Bögen werden von den Patienten an die Universität Witten/Herdecke zurück gesendet. Die Ergebnisse der Umfrage werden zwischen privat Versicherten und gesetzlich versicherten Patienten (mit und ohne DMP-Teilnahme) verglichen.
Ergebnisse: Rücklauf und Auswertung werden bis Anfang August abgeschlossen sein, da sowohl Expertise und Datenmasken von der Voruntersuchung bei Privatversicherten vorliegen.
Diskussion: Bei Kongress möglich.
Schlussfolgerung: Ein direkter Vergleich zwischen gesetzlich und privat Versicherten einerseits, sowie zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am DMP-Asthma andererseits, wurde bisher in Deutschland nicht durchgeführt. Die Erkenntnisse am Beispiel Asthma könnten übertragbare Schlussfolgerungen auf andere Versorgungsthemen nahe legen.

S 13-2

Hausarztalltag mit DMP und NVL Asthma bronchiale – Eine Fragebogenstudie

B. Bücker[1], S. Löscher[1], D. Simic[1], R. Porst[2], A. Krieger[1], M. A. Rieger[1,3], S. Wilm[1]
[1]Universität Witten/Herdecke Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; [2]GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften Survey Design & Methodology, Mannheim; [3]Universitätsklinikum Tübingen Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Tübingen

Einleitung: Der Nutzen und die praktische Anwendung von Disease Management Programmen (DMP) und Leitlinien im hausärztlichen Alltag werden kontrovers diskutiert. Am Beispiel des Asthma bronchiale sollen Erfahrungen und Meinungen von Hausärzten im Hinblick auf die praktische Anwendung der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) und des DMP herausgearbeitet werden.
Methoden: Der Fragebogenstudie voraus gingen 5 Fokusgruppen mit Hausärzten aus NRW mit nachfolgender inhaltsanalytischer Auswertung des transkribierten Materials. Anschließend wurde auf dieser Grundlage in einem multiprofessionellen Team ein Fragebogen erstellt. Der Fragebogen hat nach externer methodischer Supervidierung einen Face-Validity-Test, einen kognitiven Pretest mit 8 Hausärzten und einen Flächenpretest mit 100 Hausärzten durchlaufen. Die postalische Hauptbefragung wurde in 2 Wellen mit 2500 zufällig ausgewählten Hausärzten aus 8 KV-Gebieten (Auswahlkriterien Nord/Süd bzw. Ost/West, Flächen-/Stadtstaat) durchgeführt.
Ergebnisse: Erste Analysen zeigen, dass die NVL Asthma im hausärztlichen Alltag wenig Anwendung findet. Die Befragten sehen einige Verbesserungen der Patientenversorgung durch das DMP (z.B. weniger Notfälle). Allerdings wird die Dokumentation im DMP mit der Befürchtung assoziiert, dass dort erhobene Daten zur Kontrolle und Sanktionierung des ärztlichen Handelns genutzt werden könnten. Sie werden nicht als zuverlässige Grundlage für die Wissenschaft angesehen. Es zeichnet sich ab, dass die im DMP Asthma vorgesehenen Feedbackberichte als im Alltag wenig hilfreich wahrgenommen werden.
Diskussion: Viele Befragte nehmen am DMP Asthma teil, haben aber Befürchtungen bezüglich der Verwertung der Daten. Der Nutzen des DMP Asthma wird unterschiedlich beurteilt.
Schlussfolgerungen: Sowohl NVL als auch DMP Asthma scheinen nicht vollständig in die hausärztliche Versorgung implementiert. Zur Akzeptanzerhöhung sollte eine Abstimmung mit den Bedürfnissen der Hausärzte angestrebt werden.

S 13-3

Selektionsbias revisited: Unterscheiden sich die Baselinedaten von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern des Disease Management-Programms Diabetes mellitus Typ II?

B. Werner[1], B. Riens[2], B. Pöhlmann[2], P. Kaufmann-Kolle[2], M. Beyer[1], F. M. Gerlach[1], A. Erler[1]
[1]Johann Wolfgang-Goethe Universität Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt; [2]AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Einleitung: Zwei seit Einführung von DMP kontrovers diskutierte Fragen konnten bisher nicht abschließend beantwortet werden:

- Gibt es Unterschiede zwischen DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern?
- Inwieweit beeinflussen Selektionseffekte die Beurteilung der Wirksamkeit von DMP?

Dabei sollte der Nutzen von DMP auch danach bewertet werden, ob es gelingt, diejenigen Patienten in das Programm einzubeziehen, bei denen eine Intervention am nötigsten wäre.
Im Rahmen des EU-Projekts DISMEVAL (Developing and validating disease management evaluation methods for European health care systems) werden verschiedene Verfahren verglichen, um Selektionseffekte und ihre Auswirkungen auf Ergebnisparameter am Beispiel des DMP Diabetes Typ II zu untersuchen.
Methoden: Anhand von Abrechnungsdaten (§ 295/300 SGB V) der Jahre 2004-2007 der Techniker Krankenkasse werden Teilnehmer des DMP Diabetes Typ II mit Nicht-Teilnehmern hinsichtlich verschiedener Baselinevariablen vor der Einschreibung ins DMP verglichen. Die Identifikation der Diabetiker erfolgt anhand verschiedener Strategien: 1) ambulante Diagnosen, 2) Verschreibung einer antidiabetischen Medikation oder 3) Kombination verschiedener Selektionsvariablen.
Erwartete Ergebnisse: Zum Zeitpunkt des Kongresses liegen Ergebnisse zu Baseline-Unterschieden zwischen beiden Gruppen vor.
Diskussion: Die Ergebnisse werden unter Berücksichtigung der Auswirkungen verschiedener Identifikationsstrategien für Diabetiker diskutiert.

Schlussfolgerungen: Bei der Nutzung von Routinedaten zur Evaluation von DMP ergeben sich Probleme durch die fragliche Validität der Identifikation von Diabetikern sowie durch die eingeschränkten Informationen, die für die Patienten vorliegen. Ein Vorteil von Routinedaten ist allerdings, dass Daten zu allen Versicherten vorliegen. Würde man in einer Studie Primärdaten erheben, besteht dagegen die Möglichkeit, dass gerade diejenigen Patienten, die nicht am DMP teilnehmen, sich auch nur schwer in eine solche Studie einschließen lassen würden.

S 13-4

Defizite in der Versorgung von Diabetikern, die zur Teilnahme an einem Disease Management Programm bereit sind

M. Flamm[1], H. Winkler[1], P. Kowatsch[1], G. Klima[2], B. Fürthauer[1], R. Weitgasser[3], A. Sönnichsen[1]
[1]Paracelsus Medizinische Privatuniversität Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg (Österreich); [2]Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Graz (Österreich); [3]Universitätsklinik Salzburg Medizinische Klinik 1, Salzburg (Österreich)

Einleitung: Typ 2 Diabetes spielt eine große Rolle im Gesundheitsstatus der Bevölkerung in Österreich und anderen westlichen Ländern. In epidemiologischen Studien konnten Defizite in der Diabetikerversorgung gezeigt werden. Um die Versorgung in Hausarztpraxen zu quantifizieren und das Verbesserungspotential durch Disease Management Programme (DMP) abschätzen zu können, untersuchten wir die Versorgungsdaten von Patienten, die bereit waren am DMP teilzunehmen.
Methoden: Die Studienteilnahme wurde allen Allgemeinärzten und Internisten im Bundesland Salzburg angeboten. Die Ärzte wurden aufgefordert konsekutiv alle Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 einzuschließen. Daten bezüglich metabolischer Kontrolle, Medikation, kardiovaskulärer Risikofaktoren und diabetischer Sekundärkomplikationen wurden bei allen Patienten erfasst und hinsichtlich bestehender Versorgungsdefizite analysiert.
Ergebnisse: 92 Ärzte rekrutierten 1489 Patienten (Alter 65.4 (10.4 Jahre; 47.8% Frauen).
5% aller Patienten mit HbA1c > 7,5% (n=499) und 6,1% mit mindestens einer Sekundärkomplikation und einem HbA1c > 7,5% (n=131) haben keine antidiabetische Therapie. 22,6% der Patienten mit einem HbA1c > 7,5% und fehlenden Kontraindikationen gegen Metformin (n=474) und 30,3% der Patienten mit BMI > 30 kg/m2 (n=674) sind nicht mit Metformin versorgt. 17,2% der Patienten mit einem RR > 140/85mmHg (n=698) haben keine antihypertensive Medikation und 36,5% der Patienten in der Sekundärprävention (n=362) bekommen kein Statin.
Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Patienten leitliniengerecht behandelt wird, dass aber ein Optimierungsbedarf besteht, der die Durchführung eines DMPs rechtfertigt. Auf welche Ursachen die Versorgungsdefizite zurückzuführen sind, sollte systematisch untersucht werden. Es ist zu vermuten, dass die Arbeiten, die gravierende Versorgungsdefizite von Diabetikern aufzeigen konnten, einem Bias durch Selektion schlecht versorgter Diabetiker unterliegen.
Schlussfolgerung: Augenscheinlich besteht ein Verbesserungspotential durch DMPs. Die Versorgungsdefizite im hausärztlichen Bereich sind jedoch geringer als gemeinhin angenommen.

S 13-5

Diagnostische und therapeutische Konsequenzen eines standardisierten geriatrischen Assessments (STEP) in der hausärztlichen Praxis – was bringt es?

C. Müller, E. Penner, U. Junius-Walker, E. Hummers-Pradier, G. Theile
Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Einleitung: Geriatrische Assessments werden in hausärztlichen Praxen nicht regelhaft und meist unsystematisch durchgeführt. Der Nutzen einer solchen proaktiven Untersuchung des älteren und oft multimorbiden Patienten wird nicht nur in Deutschland kontrovers diskutiert. Ein Ziel der BMBF geförderten PRISCUS-Studie (FKZ: 01ET0722) ist die Darstellung der therapeutischen und diagnostischen Konsequenzen eines standardisierten geriatrischen Assessment (STEP) im hausärztlichen Setting.
Methoden: Es wurde ein prospektive, kontrollierte Interventionsstudie mit insgesamt 880 hausärztlichen Patienten (Alter ≥72 Jahre) durchgeführt. Sämtliche Patienten erhielten initial das STEP-Assessment, nur in der Interventionsgruppe fand unmittelbar anschließend ein Konsultationsgespräch mit dem Hausarzt statt. Dieser dokumentierte, zu welchen der durch das Assessment aufgedeckten Problemen er Interventionen plante. Nach drei Monaten wurde erfasst, welche Maßnahmen tatsächlich stattgefunden hatten, und Gründe für mögliches Unterlassen erfragt. Zusätzlich wurden Daten zu Konsultationszahlen, Überweisungen, Krankenhaustagen und Inanspruchnahme von Hilfsdiensten im Beobachtungszeitraum von 3 Monaten in beiden Studienarmen erhoben.
Ergebnisse: Wir werden Anzahl und Qualität der durch ein geriatrisches Assessment veranlassten Maßnahmen darstellen und aufzeigen, welche Gesundheitsprobleme besonders häufig diagnostische oder therapeutische Konsequenzen nach sich ziehen. Multiregressionsanalysen werden arzt- und patientenseitige Faktoren analysieren, die eine Realisation der Interventionen beeinflussen. Zudem vergleichen wir die Patientengruppen beider Studienarme hinsichtlich der Nutzung des Gesundheitssystems während des Beobachtungszeitraums.
Diskussion: Aufgrund noch nicht vorliegender Ergebnisse zurzeit nicht sinnvoll.
Schlussfolgerungen: Informationen über die Durchführung von Interventionen nach einem geriatrischen Assessment einschließlich Ergebnisbesprechung können Hinweise auf evtl. vorliegende Versorgungsdefizite geben und die Konsequenzen eines geriatrischen Assessments für die Patientengesundheit, aber auch für das Gesundheitssystem demonstrieren.

S 13-6

Durchführung von STEP-Assessments bei älteren Patienten – ein Erfahrungsbericht aus Sicht der Studienassistentinnen

K. Jürgensen-Muziol[1], J. Bleidorn[1], I. Voigt[1], J. Wrede[1], M. - L. Dierks[2], U. Junius-Walker[1]
[1]Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin, Hannover; [2]Medizinische Hochschule Hannover Inst. f. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover

Arbeitsbereich „Gesundheit im Alter“
Institut für Allgemeinmedizin, Leitung Prof. Dr. med. E. Hummers-Pradier, Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung: Die Durchführung geriatrischer Assessments zur Erhebung des Gesundheitsstatus spielt in Versorgungsforschungsprojekten eine zunehmende Rolle. Erfahrungen mit der Durchführung sowie die Beziehung der untersuchenden Studienassistentin zum Patienten wurden bisher nicht untersucht und sollen deshalb in Form eines Erfahrungsberichtes der Studienassistentinnen in die wissenschaftliche Diskussion einfließen.
Methoden: In der Studie PräfCheck führten Studienassistentinnen STEP-Assessments mit insgesamt 340 älteren Patienten durch, um Prioritäten für eine gemeinsame Behandlungsplanung zu ermitteln. Die Assessments beinhalteten standardisierte Abfragen zu Gesundheits- und Alltagsproblemen sowie einfache Performance-Tests (Uhrentest, timed up-and-go). Auf einem Beobachtungsbogen wurden in 5 Kategorien zusätzliche Informationen über die Durchführung festgehalten.
Ergebnisse: Die meisten Patienten nahmen ihrem Hausarzt zuliebe teil. Bei der Durchführung der Assessments bestand häufig ausgeprägter Gesprächsbedarf von seiten der Patienten. Auch Gefühle wurden angesprochen bzw. gezeigt. Oft wurden psychosoziale und „Tabu“-Themen angesprochen, über die Patienten mit ihrem Arzt bzw. ihrer Familie nicht (mehr) sprechen können. Einige der so aufgedeckten Probleme wurden im anschließenden Arzt-Patient-Gespräch wieder „zurückgenommen“. Im Nachhinein äußerten sich die Patienten häufig dankbar über die Möglichkeit, „mal über alles reden zu können“.
Diskussion: Die Durchführung geriatrischer Assessments wird von den Patienten positiv erlebt. Das Zugeben mancher Alltags- und „Tabu“-probleme dem Arzt gegenüber fällt einigen Patienten schwer, möglicherweise weil diese Probleme nicht in das Bild passen, das sie dem Arzt präsentieren möchten. - In manchen Fällen mündete die geplante „einfache“ Erhebung von Gesundheitsproblemen in einem intensiven Gespräch, in dem die Patienten ihr Herz ausschütteten.
Schlussfolgerungen: Die Befragung im Rahmen der Durchführung von Assessments durch „unbeteiligte“ Studienassistentinnen nutzen viele Patienten, um unbefangen und emotional über Alltags- und Tabuthemen zu sprechen. Das sollte im Vorfeld bedacht werden und die Studienassistentinnen ggf. entsprechend geschult werden.

S 14-1

Können Medizinische Fachangestellte den Hausarzt entlasten? - Ergebnisse eines internationalen Literatur-Reviews

M. Redaèlli[1], D. Simic[1], S. Stock[2], S. Wilm[1]
[1]Universität Witten / Herdecke Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; [2]Universität zu Köln Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie, Köln

Das Angebot an Qualifizierungsprogrammen für Medizinische Fachangestellte (z.B. AGNES, VERAH, EVA), die zur Entlastung von Hausärzten beitragen sollen, wächst. Für Deutschland liegen zu dieser Entwicklung bisher kaum Studien vor. Daher werden in einem internationalen Literatur-Review Chancen und Risiken einer Entlastung der Hausärzte von an nicht-ärztliche Professionen delegierbaren Tätigkeiten untersucht.
Methoden: Nach definierten Suchkriterien wurde 2009 in den elektronischen Datenbanken MEDLINE, EMBASE, CINAHL und COCHRANE Library nach methodisch gut durchgeführten Studien recherchiert. Da die Berufsbilder im ambulanten Sektor international nicht einheitlich sind, wurden die Suchbegriffe „nurse practitioner“, „physician assistant“ und „medical assistant“ verwendet.
Ergebnisse: Insgesamt konnten 170 Studien für die Auswertung berücksichtigt werden. Bei einer überwiegenden Zahl der Studien standen Patienten mit chronischen Krankheiten im Mittelpunkt des Versorgungsgeschehens, bei denen beispielsweise Medizinische Fachangestellte (MFA) Hausbesuche durchführten. In Bezug auf Effektivität und Effizienz der Versorgung dieser Krankheitsbilder wiesen zahlreiche Studien im direkten Vergleich Ärzte versus nicht-ärztliche Professionen gleichwertige Ergebnisse in der Prozess- und Ergebnisqualität auf. Sogar bei der Erstellung der Anamnese scheinen Ärzte nicht effektiver zu. Vielmehr ist festzustellen, dass andere Professionen wesentlich mehr und genauere Informationen von den Patienten erhalten. Als zentrales Ergebnis konnte herausgearbeitet werden, dass multidisziplinäre Teams, in denen Hausärzte die Teamleiter stellen, die besten Versorgungsergebnisse vorweisen.
Diskussion: International sind zahlreiche Untersuchungen zur Entlastung von Hausärzten durch Delegation oder Substitution durchgeführt worden. Aufgrund der unterschiedlichen Settings und Untersuchungsziele sind direkte Übertragungen nicht möglich. Jedoch lassen sich die Ergebnisse als Trend auf das deutsche Gesundheitssystem anwenden.
Schlussfolgerung: Die Studien zeigen, dass nicht-ärztliche Professionen die Hausärzte entlasten können. Die Patientensicherheit scheint dabei nicht negativ beeinflusst zu werden. Die größten Vorteile bieten interdisziplinäre Teams, in denen der Hausarzt als Teamleiter fungiert.

S 14-2

Verkürzte Krankenhausliegezeiten und hausärztliche Versorgung: Eine qualitative Fallstudie zur Schnittstellenproblematik

A. Klement[1], G. Kudela[2], S. Grundke[1]
[1]Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät Sektion Allgemeinmedizin, Halle (Saale); [2]Ärztekammer Sachsen-Anhalt Lehrpraxis für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Magdeburg

Einleitung: Die durchschnittliche Verweildauer in der krankenhausstationären Versorgung sinkt seit Jahren stetig, was nicht nur den Bedarf und den Aufwand an hausärztlicher Nachsorge steigert, sondern den Hausarzt gleichzeitig auch vor vielfältige Probleme stellt. Die Analyse der sektorenübergreifenden Organisation von Behandlungsabläufen in der Schnittstelle Krankenhaus/Hausarzt ermöglicht eine empirische Abbildung bestehender Probleme in der Patientenüberleitung.
Methoden: Die explorative qualitative Studie wurde im Design einer Fallstudie angelegt. Die Erhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Experteninterviews mit zufällig ausgewählten

Hausärzten aus Sachsen-Anhalt (n=15, 40 Fallerzählungen). Die Analyse erfolgte entsprechend der Erkenntnislogik der Grounded Theory mittels induktiver (hyothesengenerierender) Theoriebildung - Erfahrungsaufschichtungen, Ereignisverstrickungen und Aktivitätsperspektiven der befragten Hausärzte wurden systematisch nachvollzogen und miteinander in Beziehung gesetzt (Perspektiventriangulation).
Ergebnisse: Aus Sicht der Hausärzte bezieht sich die Schnittstellenproblematik hauptsächlich auf das Entlassungsmanagement: Ein zentrales Kooperationsproblem ist die späte oder fehlende Übermittlung behandlungswichtiger Information an den Hausarzt (Gefahr der Unter-, Über- oder Fehlversorgung). Unzureichende oder fehlende Absprachen (Planungsarbeit) mit dem Hausarzt gefährden die Versorgung geriatrischer sowie nicht ausreichend stabiler Patienten nach der Entlassung.
Diskussion: Die Ergebnisse, die im Hinblick auf die Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert werden zeigen, dass die Hausärzte die Verschlechterung der Versorgungsrealität in der Schnittstelle Krankenhaus/Hausarzt nicht primär mit „blutiger Entlassung" und „Drehtüreffekt", sondern mit Versorgungsbrüchen durch unzureichende sektorenübergreifende interdisziplinäre Kooperation im Vorfeld der Patientenüberleitung assoziieren.
Schlussfolgerungen: Eine Optimierung der Kooperationsstrukturen an der Schnittstelle Krankenhaus/Hausarzt kann die Gefahr von Versorgungsbrüchen reduzieren. Die Installation verbindlicher (qualitätsgesicherter) Kommunikationsstrukturen im Entlassungsmanagement kann die Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen verbessern.

S 14-3
Welche Kriterien beeinflussen die Kooperation zwischen Hausärzten und Spezialisten?- qualitative Ergebnisse aus der "InteraKtion - Studie"

D. Gröber-Grätz[1,2], R. Bölter[1,3], D. Moßhammer[1,4], D. Ose[1,3], S. Joos[1,3], N. Iris[1,3]
[1]Arbeitsgruppe Koordinierung der Versorgung Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, Heidelberg; [2]Universität Ulm Institut für Allgemeinmedizin, Ulm; [3]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [4]Universitätsklinikum Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen

Einleitung: Obgleich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich keineswegs schlecht abschneidet, leidet die Versorgung in einzelnen Bereichen an Koordinationsdefiziten. Ein Defizit liegt möglicherweise in der Zusammenarbeit von Haus- und Facharztkontakten. Im Rahmen der Studie „InteraKtion" des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden Württemberg wurden Erfahrungen und Meinungen niedergelassener Hausärzte im Hinblick auf die Kooperation mit Fachärzten erhoben. Ziel der Studie war es, die Kooperation zwischen Hausärzten und Spezialisten zu untersuchen. In der vorliegenden Analyse sollen Kriterien aber auch potentielle Barrieren hinsichtlich der Qualität des Überweisungsvorgangs aufgedeckt und transparent gemacht werden.
Methode: Im Rahmen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg wurden 22 niedergelassene Allgemeinmediziner in Heidelberg, Tübingen und Ulm befragt. Die Hausärzte wurden nach strukturellen Gegebenheiten (Praxisort und Praxisform) ausgewählt. Die Interviews wurden anhand eines halbstrukturierten, zuvor erprobten Leitfadens, durchgeführt. Die Analyse erfolgte mit Hilfe der Computersoftware ATLAS.ti nach der Qualitativen Inhaltsanalyse von P. Mayring.
Ergebnisse: Für die Kooperation mit Spezialisten ist aus Sicht der Hausärzte die Fachkompetenz des Spezialisten, aber auch eine gute Arzt-Patent-Beziehung und die subjektive Zufriedenheit der überwiesenen Patienten wichtig. Die Wartezeit auf einen Termin, die Bereitschaft bei dringenden Fällen kurzfristig Termine zu vergeben, sowie eine zeitnahe adäquate Berichterstattung bzw. Befundmitteilung sind weitere wichtige Qualitätskriterien für die befragten Hausärzte. Als ein Hindernis für die Kooperation werden vermehrte IGEL-Leistungen des Spezialisten gesehen.
Schlussfolgerung: Schnelle fachkompetente, individuelle abgestimmte, menschliche Zusammenarbeit ist für den Hausarzt in der täglichen Zusammenarbeit mit Spezialisten von großer Bedeutung. Interdisziplinäre Qualitätszirkel könnten Barrieren in der Kommunikation aufbrechen und die Zusammenarbeit weiter verbessern.

S 14-4
"Empfehlen Hausärzte ihren Patienten einen Facharzt? Empfehlungskriterien niedergelassener Allgemeinmediziner im Fokus."

I. Natanzon[1,2], R. Bölter[1,2], D. Gröber-Grätz[3,4], D. Moßhammer[5,6], S. Joos[1,2], D. Ose[1,2]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Kooridinierung der Versorgung, Heidelberg; [3]Universität Ulm Institut für Allgemeinmedizin, Ulm; [4]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Koordinierung der Versorgung, Ulm; [5]Universität Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen; [6]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Koordinierung der Versorgung, Tübingn

Hintergrund: Obgleich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich
keineswegs schlecht abschneidet, leidet die Versorgung in einzelnen Bereichen an Koordinationsdefiziten. Ein Defizit liegt möglicherweise in der Zusammenarbeit von Haus- und Facharztkontakten. Im Rahmen der Studie „InteraKtion" des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden Württemberg wurden Erfahrungen und Meinungen niedergelassener Hausärzte im Hinblick auf die Kooperation mit Fachärzten erhoben. Im Fokus dieses Beitrages steht die Frage, ob Hausärzte ihren Patienten Fachärzte empfehlen und welche Kriterien dieser zu Grunde liegen. Patienten wünsche häufig eine Empfehlung, da sie die fachliche Qualität der Ärzte nur unzureichend selbst beurteilen können.
Methode: Anhand eines halbstrukturierten Leitfadens wurden 22 Interviews mit Hausärzten aus Baden Württemberg durchgeführt Die Auswertung erfolgte mit Atlas.ti in Anlehnung an Mayring unter Bildung deduktiver und induktiver Kategorien.

Ergebnisse: Die Auswertung der Interviews zeigt Unterschiede im Bezug auf die Empfehlung eines fachärztlichen Kollegen. Wichtige Kriterien der Empfehlung sind hohe Fachkompetenzen des Arztes, positive Erfahrungen hinsichtlich der Kooperation und hohe empathische Fähigkeiten des Facharztes. Gründe warum keine Empfehlung ausgesprochen wird sind zum einen, dass Hausärzte oftmals unsicher sind, ob Empfehlungen geäußert werden dürfen.
Diskussion: Die kollegiale Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten als Qualitätsmerkmal für eine gute, integrative Patientenversorgung konkurriert mit dem Grundsatz der freien Arztwahl der Patienten. Politisch wird außerdem die Sorge vor Überweisung an bestimmte Ärzte wegen wirtschaftlicher Eigeninteressen als Argument gegen Empfehlungen von Ärzten angeführt.
Schlussfolgerung: Aufgrund der konkurrierenden Interessen ist eine öffentliche Debatte darüber, ob Empfehlungen durch Hausärzte als Instrument zur Gewährleistung von Versorgungsqualität zukünftig offiziell anerkannt werden soll, notwendig.

S 14-5
Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten bei der Versorgung von Menschen mit Demenz - welche Maßnahmen sind geeignet?

U. Schramm, Ä. - D. Jahncke-Latteck, A. Ernst, H. van Den Bussche
Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Zentrum für Psychosoziale Medizin, Hamburg

Einleitung: Zu Hause lebende Menschen mit Demenz sind besonders auf Versorgung und Unterstützung durch Hausarzt und ambulanten Pflegedienst angewiesen. Bezüglich der Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen werden jedoch beiderseits Defizite beklagt.
Ziel der Koverdem-Studie (Kooperationsverbesserung bei der Versorgung von Demenzerkrankten) ist es,

- die Gestaltung und Beurteilung des Kooperationsprozesses aus Sicht der Akteure zu erfassen,
- ein Interventionsprogramm zur Verbesserung der Zusammenarbeit zu entwickeln und seine Wirksamkeit zu evaluieren.

Methoden: Prospektive randomisierte Interventionsstudie mit Prä- und Postbefragung von Mitarbeitern von 21 Pflegediensten und Hausärzten. In der Interventionsgruppe Einsatz von Maßnahme, die zuvor durch multiprofessionelle Expertengruppen entwickelt wurden: interprofessioneller Workshop, Fallbesprechungen, Formulare zur Kommunikationserleichterung.
Ergebnisse: Die Kooperationsqualität wird von den Hausärzten durchgehend positiver beurteilt als von den Pflegekräften.
Ausreichend häufige Gespräche über die Betreuung des Patienten zwischen beiden Berufsgruppen haben einen signifikanten Einfluss auf die positive Bewertung der Zusammenarbeit. Obwohl häufiger unzufrieden mit der Zusammenarbeit und der Gesprächshäufigkeit, wenden sich Pflegedienstmitarbeiter nur in 20% mit Kritik an den Hausarzt (versus 80% der Hausärzte). Die Interventionen wurden in einem Zeitraum von 11 Monaten umgesetzt. Sie wurden schriftlich evaluiert und ihre Wirksamkeit auf den Kooperationsprozess durch die Ergebnisse der Befragung im Vergleich zur Kontrollgruppe überprüft. Die Ergebnisse liegen bis Juli 2010 vor.
Diskussion: Die zentrale Bedeutung gemeinsamer Gespräche für die Kooperationsqualität zeigt, dass interdisziplinärer Workshop und Fallbesprechungen geeignete Maßnahmen zur Kooperationsverbesserung sind. Von den Projektteilnehmern wurden sie als Möglichkeit wahrgenommen, bisher nicht beiden Seiten bekannte Informationen auszutauschen, gemeinsame Behandlungsziele festzulegen und den Anteil der anderen Berufsgruppe an der Versorgung zu erkennen. Der konstruktive Austausch ermöglicht die Diskussion von Kritikpunkten, die auf den bisher üblichen Kontaktwegen nur einseitig erfolgte.
Schlussfolgerungen: Interdisziplinäre Gespräche in festem Rahmen (bspw. Fallbesprechungen) ermöglichen die Gestaltung echter Kooperation im Sinne von enger Interaktion gleichberechtigter Partner mit gemeinsamer Zielsetzung zum Wohl des Patienten.

S 14-6
Hausarzt-Gutachter

A. Stein[1], W. Niebling[2], M. Becker[3], J. Hecht-Bohmann[1], C. Jakasovic[1], A. Klement[4], J. Schelling[1], A. Standl[1]
[1]LMU Allgemeinmedizin, München; [2]Uni Freiburg Leitung Allgemeinmedizin, Freiburg; [3]Uni Karlsruhe Lehrbereich Allgemeinmedizin, München; [4]Uni Halle Leiter Lehrbereich Allgemeinmedizin, München

Der Hausarzt als medizinischer Gutachter
20 % der hausärztlichen Arbeit sind im weitesten Sinne gutachterliche Tätigkeiten – jedoch oft unentgeltlich.

1. Rechte und Pflichten des Arztes

1. Sachkunde übermitteln, wissenschaftliche Anwendung
2. Durchführung von Untersuchungen
3. Rechte
4. Akteneinsicht
5. Zeugenbefragungen
6. Sitzungsteilnahme

2. Auftraggeber:

1. Privatpersonen
2. Versicherungen, z. B. AU
3. Schlichtungsstellen (z. B. LÄK)
4. Behörden und Ämter
5. Staatsanwaltschaft
6. Sozialgericht
7. Verwaltungsgericht
8. Arbeitsgericht
9. Zivilgericht
10. Strafgericht
11. Betreuungsrecht

3. spezielle Gutachteraufträge zur/zum:

- Geschäftsfähigkeit
- Testierfähigkeit
- Haftfähigkeit
- Verhandlungs- und Prozessfähigkeit

- Betreuungsbedürftigkeit
- Unterbringungspflichtigkeit
- Frage nach freiheitsentziehenden bzw. –einschränkenden Maßnahmen
- Schuldfähigkeit und Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik bzw. Entziehungsanstalt
- Miet- und Umzugsfähigkeit
- Feststellung / Verneinung von ärztlichen Behandlungsfehlern
- Arbeitsfähigkeit
- Prüfungstauglichkeit
- Abschiebung
- Renten- und Schwerbehindertenrecht
- Pflegeversicherungsstufe

4. Ärztlicher Befundbericht

- Sozialanamnese
- Körperliche Fremdanamnese
- Körperliche Eigenanamnese
- Körperliche Befunddarstellung
- psychiatrische Fremdanamnese
- psychiatrische Eigenanamnese
- Drogen- + Alkoholanamnese (allg. + spez.)
- Sexualanamnese
- Psychiatrischer Befund
- Medikamente früher, aktuell + „Tatzeitpunkt“

5. Abschließende Bewertung der erhobenen Befunde

- kurze Zusammenfassung der Highlights als Begutachtungsergebnis
- Bewertung von Fremdbefunden (z. B. Arztbriefen)
- konkrete Beantwortung der gestellten Fragen (Cave – Überschreitung)
  niemals rechtl. Bewertung (V.a. Befangenheit)
- Empfehlung weiterer Gutachter für fachspezifische Fragen
- Literatur

6. Haftung des Gutachters

Art. 2 GG, §§ 202 StGB, 823 BGB

7. Honorar

3-Monats-Frist zur Einreichung der Honorarforderung
Festsetzung durch das Gericht nach Antrag des Gutachters
Abrechnung nach den Regelungen des JVEG bzw. den Honorarklassen M1 – M3 + Kosten + MwSt

Session P 1
Posterbegehungen 1
Freitag, 24. September 2010
11:15 - 12:00

Session P 1-1
Aus-, Fort- und Weiterbildung
Freitag, 24. September 2010
11:15 - 12:00

P 1-1-1
Die Relevanz von „Allgemeinmedizin“ im Studium – Beobachtungen im Querschnitt

K. Götz[1,2], K. Kiolbassa[1,2], A. Miksch[1,2], K. Hermann[1,2], A. Loh[3,4], J. Szecsenyi[1,2], S. Joos[1,2]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]KompetenZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Berufsfeld, Heidelberg; [3]Universitätsklinikum Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg; [4]KompetenzZentrum Allgemeinmedizion Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Berufsfeld, Freiburg

Einleitung: Immer weniger Medizinstudierende entscheiden sich für eine Tätigkeit in der primärärztlichen Versorgung. Die Gründe hierfür sind komplex. Ziel der vorliegenden Studie war es, zu analysieren, wie Studierende die Allgemeinmedizin in den unterschiedlichen Studienabschnitten wahrnehmen.
Methode: Von Januar bis Februar 2010 wurde an den fünf Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs eine 6-wöchige Online-Umfrage durchgeführt. Mit einem eigens dafür entwickelten und in einer Pilotstudie validierten Fragebogen wurde u.a. erfasst, wie Studierende die Allgemeinmedizin wahrnehmen. Dieser Teil der Befragung bestand aus 32 Items mit Antwortmöglichkeiten von 1 (trifft völlig zu) bis 5 (trifft gar nicht zu).
Ergebnisse: Insgesamt haben 1299 Studierende aus unterschiedlichen Studienabschnitten an der Online-Umfrage teilgenommen. Auf die Allgemeinmedizin trafen für die Studenten über alle Studienabschnitte hinweg folgende Items „ völlig zu“: „eigenverantwortliche Entscheidungen“ (43%) und „breites medizinisches Wissen“ (38%). Beiden Items wird im Verlauf des Studiums (von Vorklinik zu Klinik und zum Praktischen Jahr) stärker zugestimmt (p<0,01, Kruskal-Wallis-Test). Hingegen wurden mit Allgemeinmedizin am wenigsten die Items „gute Verdienstmöglichkeiten“ (41%) und „wenig psychische Belastung“ (46%) assoziiert. Die Zustimmung zu beiden Items sinkt im Verlauf des Studiums signifikant ab (p=0,05 bzw. <0,01).
Diskussion: Studierende verbinden mit der Allgemeinmedizin am ehesten eine eigenverantwortliche, medizinisch breite Tätigkeit, wobei sich diese Einschätzung im Laufe des Studiums noch verfestigt. Dies könnte mit den Erfahrungen der Studierenden aus Lehrveranstaltungen und Praktika in den Praxen zusammenhängen.
Schlussfolgerungen: Die Erwartungen und Prioritäten, die mit Allgemeinmedizin verbunden sind, sollten schon frühzeitig im medizinischen Curriculum genutzt werden, um mehr Ärzte für die Weiterbildung für dieses Fach zu gewinnen.

P 1-1-2
Wie gut werden Studierende durch Lehrveranstaltungen in verschiedenen klinischen Fächern auf die Tätigkeit eines Hausarztes vorbereitet? – Eine Untersuchung mit Studierenden vor dem Eintritt ins Praktische Jahr

H. - M. Schäfer, M. Sennekamp
Institut für Allgemeinmedizin Universität Frankfurt, Frankfurt

Einführung: Das zweiwöchige Blockpraktikum „Allgemeinmedizin“ an der Universität Frankfurt ist die letzte curriculare Lehrveranstaltung des Medizinstudiums vor dem Praktischen Jahr. Studierende erfahren im 1:1-Unterricht einer akademischen Lehrpraxis die Besonderheiten primärärztlicher Tätigkeit. Die vorliegende Studie untersucht, inwieweit sich Absolventen des allgemeinmedizinischen Blockpraktikums durch vorhergehende Lehrveranstaltungen in den klinischen Fächern auf die praktischen Tätigkeiten in der Primärversorgung vorbereitet fühlen und wie Lehrärzte die Fachkompetenz ihrer Studierenden während des Blockpraktikums einschätzen.
Methodik: Eine repräsentative Stichprobe von 107 Studierenden erhielt im Wintersemester 2009/2010 am Ende des Blockpraktikums einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung ihrer Kompetenzen in einzelnen klinischen Fächern, Gesprächsführung sowie Untersuchungstechnik. Im gleichen Zeitraum haben die jeweiligen Lehrärzte die Fachkompetenz ihrer Studierenden während des Praktikums bewertet. Die Beurteilung erfolgte jeweils in Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).
Ergebnisse: Während Lehrärzte die Fachkompetenz ihrer Studierenden in den einzelnen klinischen Disziplinen vorwiegend als gut bis befriedigend bewerten, haben sich Studierende auf Aufgaben aus kleineren klinischen Fächern wie Augenheilkunde (4,07) und Gynäkologie (3,5) aber auch in Palliativmedizin (4,12) als unbefriedigend vorbereitet eingeschätzt. In grundlegenden ärztlichen Kernkompetenzen wie „Ärztliche Gesprächsführung“ (1,99) und „Körperliche Untersuchungstechnik“ (2,09) sowie im Fach „Innere Medizin“ (2,37) geben Studierende eine gute Bewertung an.
Diskussion: Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Studierende den Unterricht in vielen klinischen Fächern als zu wenig effektiv und praxisorientiert erleben. Die in diesen Fächern vermittelten Lerninhalte scheinen für die primärärztliche Praxis zum Teil wenig relevant zu sein. Eine stärkere Orientierung der betroffenen Fächer an allgemeinärztlich wichtigen und praktischen Inhalten erscheint notwendig.

P 1-1-3
Erstellung und Implementierung eines Logbuches für das PJ-Tertial Allgemeinmedizin

K. Böhme, W. Niebling
Uniklinik Freiburg Allgemeinmedizin, Freiburg

Einleitung: Mit Einführung der neuen ÄAppO bekamen die Studierenden die Möglichkeit, ein Tertial des PJ in der Allgemeinmedizin zu absolvieren. Daraus ergab sich für die allgemeinmedizinischen Abteilungen und Lehrbereiche die Notwendigkeit,

hierfür die organisatorischen und inhaltlichen Voraussetzungen zu schaffen.
Methoden: Kernstück des Logbuches ist ein operationalisierter und outcomebasierter Lernzielkatalog, der in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt und von allgemeinmedizinischen Vertretern baden-württembergischer Hochstuhlstandorte konsentiert worden ist. Um diesen Lernzielkatalog herum wurde das Logbuch erstellt, welches die organisatorischen Rahmenbedingungen des PJ-Tertials Allgemeinmedizin regelt. Ferner wurde ein selbstreflexives Kapitel aufgenommen, um dem Logbuch neben einer Ausbilder- auch eine Lerner-zentrierte Ausrichtung zu geben. Die DEGAM Evaluation des PJ-Tertials Allgemeinmedizin schließt das Logbuch ab.
Ergebnisse: Das Ergebnis der beschriebenen Vorgehensweisen stellt nunmehr das PJ-Logbuch für das Wahlfach Allgemeinmedizin dar, welches mittlerweile in die Ausbildung des Lehrbereiches Allgemeinmedizin in Freiburg implementiert und von den Standorten Hannover und Halle/Magdeburg übernommen worden ist.
Diskussion: Die Vorzüge des Logbuches darin liegen, den Ablauf des PJ-Tertials Allgemeinmedizin zu strukturieren und der Vermittlung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Haltungen eine Beliebigkeit zu nehmen. Lehrende können ihre Alltagsroutine mit Ausbildungs- und Lernzielen abstimmen und, sofern sie im Rahmen des Staatsexamens als Prüfer fungieren, ihre Fragen an diesen Zielen orientieren. Studierende bekommen eine transparente, qualitätsorientierte Ausbildung und Verbindlichkeit in Bezug auf die Erwartungen, die in der M2-Prüfung an sie gestellt werden.
Schlussfolgerungen: Da die Ausbildungs- und Lernziele im PJ nicht standortspezifisch sind, ist das Logbuch nach Anpassung an lokale organisatorischen Rahmenbedingungen für einen bundesweiten Einsatz geeignet und soll dementsprechend allen Interessierten zugänglich gemacht werden.

P 1-1-4
Interdisziplinäres Wahlpflichtfach Orale Geriatrie - Konzeption, Durchführung und Evaluierung des allgemeinmedizinischen Anteils einer Lehrveranstaltung für Studierende der Zahnmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

C. Mews, N. Domschke, Ä. - D. Jahncke-Latteck, D. Reissmann, H. van Den Bussche
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

Einleitung: Mit zunehmendem Alter sind viele Menschen in einem Pflegeheim untergebracht. Bei Menschen in Pflegeheimen ist die Mundgesundheit deutlich eingeschränkt. Ursachen dafür können neben einem schlechteren Gesundheitszustand im Alter auch in seltenen und unzureichenden ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen liegen. Defizite und Verschlechterungen werden spät erkannt. Das Ausbildungsangebot mit der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik soll einen Einblick in die Gesamtsituation älterer multimorbider Patienten geben, besondere Aspekte beim Umgang und der Betreuung vermitteln, das Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Alter, medizinischer Versorgung und (Mund-)Gesundheit erhöhen und so zu einer Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgungssituation führen.
Methodik: Nach Literaturrecherche und Konzeptentwicklung wurde ein Lehrangebot mit Vorlesungen, Seminaren und Kleingruppenunterricht mit zahnärztlicher Untersuchung durchgeführt. Die allgemeinmedizinischen Aspekte wurden durch theoretische Grundlagen in Kombination mit praktischem Erleben vermittelt. Die Studierenden wurden in Rollenspielen mit Simulationspatienten und Übungen zur Selbsterfahrung auf die Situationen im Pflegeheim vorbereitet und dort zahnärztlich und allgemeinmedizinisch begleitet.
Alle Lehrveranstaltungen wurden evaluiert.
Ergebnisse: Das Lehrangebot wurde von den insgesamt 40 Teilnehmenden positiv bewertet. Im Seminar „Einführung in allgemeinmedizinische und pflegerische Aspekte“ wurden insbesondere die praktischen Übungen und Simulationen als sehr gut herausgehoben. Eine fächerübergreifende Betrachtungsweise von Krankheiten konnte vermittelt werden.
Schlussfolgerungen: Durch die interdisziplinäre Lehre der oralen Geriatrie kann Defiziten in der zahnmedizinischen Ausbildung hinsichtlich der Betreuung von älteren und multimorbiden Patienten entgegengewirkt werden. Ziel ist es, das Projekt als Bestandteil der zahnmedizinischen Ausbildung in Hamburg zu etablieren.

P 1-1-5
Fünf Jahre E-Learning in der Allgemeinmedizin (ELA) – Quo vadis?

C. - C. Schürer-Maly[1,2], E. Gummersbach[1], U. - M. Waldmann[3], M. Fischer[2], H. - H. Abholz[1], H. C. Vollmar[4,5]
[1]Universitätsklinikum Düsseldorf Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; [2]Fakultät für Medizin der Privaten Universität Witten/Herdecke Institut f. Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen, Witten; [3]Universität Ulm Institut für Allgemeinmedizin, Ulm; [4]Private Universität Witten/Herdecke Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke, Witten; [5]Private Universität Witten/Herdecke Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Einleitung: Das Netzwerk "E-Learning in der Allgemeinmedizin" (ELA) wurde 2005 als Initiative E-Learning interessierter Allgemeinärzte verschiedener Universitäten gegründet. Seitdem gewinnt E-Learning in der universitären Lehre insgesamt zwar an Bedeutung, wird jedoch bisher in evidenzbasierter und werbefreier Form in der allgemeinärztlichen Weiter- und Fortbildung wenig eingesetzt. Fünf Jahre nach der Initiierung von ELA führen wir eine Standortbestimmung durch.
Methoden:
- Screening der 31 Homepages der Lehrstühle für Allgemeinmedizin oder Abteilungen für Allgemeinmedizin.
- Mailbefragung der Gründungsmitglieder des Netzwerkes ELA
- Telefoninterviews mit den Weiter- und Fortbildungsbildungsverantwortlichen der Bundes- und Landesärztekammern.

Ergebnisse
- Während E-Learning im Studentenunterricht häufig ist, bieten es nur vier Universitäten für die Weiter- und acht für die Fortbildung in der Allgemeinmedizin an.

- Die Gründungsmitglieder von ELA sehen weiterhin großen Bedarf für E-/Blended-Learning in der Allgemeinmedizin, beschreiben aber Hindernisse in der Umsetzung aufgrund mangelnder finanzieller und zeitlicher Ressourcen.
- Bundesärztekammer und Landesärztekammern werten derzeit den Einsatz von E-/Blended-Learning in der Allgemeinmedizin auf, indem Sie entsprechende Richtlinien erlassen und eigene Angebote verstärken.

Diskussion: Wenn auch alle Beteiligten den guten Erfolg von E-Learning und die Flexibilität in der Nutzung sehen, besteht bisher ein Mangel an entsprechenden Angeboten von den Fakultäten. Als weiteres Hindernis erweist sich die Praxis, Weiter- und Fortbildung außerhalb von Universitäten zu organisieren. Die Ärztekammern haben auf den wachsenden Bedarf reagiert und beginnen ihre eigenen Angebote auszubauen.
Schlussfolgerung: Gerade für die Nutzung in der Fort- und Weiterbildung bietet sich wegen der Flexibilität berufsbegleitendes E-Learning in der Allgemeinmedizin an. Um E-/Blended-Learning auszubauen, ist ein zunehmendes Engagement der Fakultäten und Ärztekammern erforderlich.

P 1-1-6
Allgemeinmedizinischer Weiterbildungsverbund in einem ländlich strukturierten Raum

K. Schulten
Lehrauftrag Allgemeinmedizin Universität Erlangen / Nürnberg, Ebensfeld

Im Landkreis Lichtenfels in Oberfranken werden durch das Klinikum Lichtenfels und das Bezirksklinikum Kutzenberg 70.000 Bürgerinnen und Bürger stationär medizinisch versorgt. Ergänzt wird die Medizinische Versorgung der Bevölkerung noch durch das sich in privater Trägerschaft befindliche Rehabilitationsklinikum Bad Staffelstein, durch fachärztliche Praxen und durch eine Anzahl von Allgemeinarztpraxen welche die hausärztliche Versorgung derzeit sichern.
Nachdem es einerseits dem Klinikum Lichtenfels über längere Zeit nicht gelungen war 5 vakante Stellen für Assistenzärzte/innen in den beiden Inneren Abteilungen durch Anzeigen im Deutschen Ärzteblatt zu besetzten und es auf der anderen Seite in absehbarer Zeit durch das altersbedingte Ausscheiden von Hausärzten zu einer Mangelversorgung der Bevölkerung im Landkreis kommen wird, wurde von den Chefärzten der Kliniken und den weiterbildungsermächtigten Allgemeinärzten die allgemeinmedizinische Weiterbildungsinitiative aus einem Guss gegründet.
Neben der Zusicherung eines TV Ärztetarifs über die gesamte Weiterbildungszeit und somit auch während der Praxiszeit bekommen die jungen Kollegen/innen auch Unterstützung bei der Suche von Wohnraum. Den Jungärzten/innen stehen neben den Hauptfächern Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin alle für die kurative Medizin wichtigen Fachrichtungen in den am Weiterbildungsverbund teilnehmenden Kliniken zur Weiterbildung zur Verfügung. Die Weiterbildung wird sowohl im klinischen- als auch im niedergelassenen Bereich durch ein Portfolio strukturiert. Darüber hinaus steht ein persönlicher Mentor für die Weiterbildungszeit zur Verfügung. In ergänzenden Seminaren werden vom Mentor spezifische allgemeinmedizinische Themen als auch aus dem Bereich der Praxisorganisation und des Praxismanagements für die angestrebte Niederlassung den jungen Kollegen und Kolleginnen angeboten. Die Jungärzte/innen sollen so schrittweise in die Aufgaben und die Probleme einer allgemeinmedizinischen Praxisführung instruiert werden. Durch eine im Juli 2009 erschienen Anzeige im Deutschen Ärzteblatt konnten dann 9 junge Kolleginnen und Kollegen gewonnen werden, welche jetzt ihre allgemeinmedizinische Ausbildung in den am Weiterbildungsverbund teilnehmenden Kliniken begonnen haben.
Wir hoffen durch diese Initiative den drohenden Hausärztemangel im Landkreis Lichtenfels abwenden zu können.

P 1-1-7
Vergleich der Weiterbildungsvorgaben für „ärztliche Führung" 1935 und 2007

T. Maibaum[1], A. Altiner[1], C. Dahlke[2]
[1]Insitut für Allgemeinmedizin, Rostock; [2]Arbeitsbereich Geschichte der Medizin, Rostock

Einleitung: Die Weiterbildung von ärztlichen Führungspersonal, die später in an zentralen Stellen des Gesundheitswesens (politisch wie medizinisch) tätig sein sollen, war und ist von Bedeutung für das Gesundheitssystem. Unterschiedliche Systeme und Zeiten legen dabei verschiedene Schwerpunkte für die Weiterbildung dieser „ärztlichen Führer".
Methoden: Im Rahmen eines medizinhistorischen Ansatzes werden die Weiterbildungskonzepte der NS-Führerschule der deutschen Ärzteschaft Alt-Rehse (1935) mit dem aktuellen Curriculum „Ärztliche Führung" (Bundesärztekammer, 2007) verglichen. Dabei wird die unterschiedliche Betrachtungsweise des Begriffs „ärztlich Führung" in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt.
Ergebnisse: Die Begrifflichkeit „ärztliche Führung" hat einen starken Wandel vollzogen. 1935 stand der Fokus auf dem politischen Führen und dem Umsetzen der von der zentralen politischen Leitung vorgegebene Ideologie. 2007 hingegen wird ärztliche Führung mehr im wirtschaftlichen Sinne verstanden, bei dem die Leiter von Einrichtungen innerhalb vorgegebener Ressourcen (personell wie finanziell), die Position ihres „Unternehmens" im gesundheitswirtschaftlichen Wettbewerb gut aufzustellen haben. Führung bedeutet heute – zumindest vordergründig - weniger Umsetzung von politischen Zielen als vielmehr Ausgestaltung des Gesundheitswesens.
Diskussion: Der Begriff „ärztliche Führung" ist unscharf, kontext- und systemabhängig. Dabei besteht zwischen den betrachteten Konzepten elementare Unterschiede. Es erscheint wertvoll, auch bei der gegenwärtigen Diskussion des „Quo vadis" auch die historische und diskursanalytische Betrachtungsweise nicht aus den Augen zu verlieren.
Schlussfolgerungen: Bei allen gesundheitspolitischen Diskussionen, die sich mit der Weiterentwicklung unseres Systems beschäftigen, kann ein gesellschaftspolitisch-historischer Ansatz ermöglichen gesundheitspolitische Strömungen als solche zu erkennen und einzuordnen. Auch muss die Einengung des Begriffs „ärztlicher Führer" auf lediglich wenige Komponenten (ideologisch oder ökonomisch) zumindest diskutiert und in Frage gestellt werden.

Quellenangabe
[1] Thomas Maibaum: Die Führerschule der deutschen Ärzteschaft Alt-Rehse. Diss. Hamburg 2007.
[2] Curriculum Ärztliche Führung; 1. Auflage Hrsg.: Bundesärztekammer NE: Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 26, 2007

P 1-1-8
Fortbildungsbedarf bei Hausärzten – Eine Befragung des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IhF) der Hausärzte in Deutschland

F. Ailinger, H. - M. Mühlenfeld
Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF), Köln

Aufgabe und Ziel des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IhF) ist es u.a., Hausärztinnen und Hausärzten bundesweit Fortbildungsangebote zu machen, die den IhF-Kriterien hausarztrelevant, evidenzbasiert und produktneutral entsprechen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, führte das IhF nach 2005 erneut eine bundesweite Umfrage zur Ermittlung des Fortbildungsbedarfs durch, um allen Hausärztinnen und Hausärzten zur Erfüllung ihrer verschiedenen Fortbildungsverpflichtungen möglichst attraktive und relevante Fortbildungen anbieten zu können.
Methoden: In der Zeit vom 17.02.2010 bis zum 05.03.2010 wurden 49.689 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte befragt. Ein zweiseitiger Fragebogen wurde per Telefax versandt.
Ergebnisse: Auswertbar geantwortet haben 5.614 ÄrztInnen (Rücklaufquote 11,3 %). Hausärztliche Qualitätszirkel und Seminare mit bis zu 30 Teilnehmern sind die beliebtesten Fortbildungsformate. Abendveranstaltungen wurden am häufigsten gewünscht, Online-Fortbildungen am wenigsten. Zwei Drittel der Hausärzte sind bereit, sich an den Fortbildungskosten zu beteiligen, 28 % wollen ihre Fortbildung sogar selbst finanzieren. Dabei sind über 50 % der Hausärzte bereit, 15 pro CME-Punkt auszugeben, weitere 29 % 20 pro CME-Punkt. Über die Hälfte der Hausärzte wünscht sich einen qualifizierten, geschulten Hausarzt als Referenten.
Diskussion: Die Umfrage ergab zahlreiche Hinweise, wie das IhF die hausärztliche Fortbildung noch attraktiver und effizienter gestalten kann. Erfreulich sind der Wunsch und die Bereitschaft der Hausärzte, ihre Fortbildung selbst zu finanzieren. Der Weg „Fortbildung von Hausärzten für Hausärzte“ wurde klar bestätigt, ebenso die Fortbildungsformate Qualitätszirkel und Update-Veranstaltungen.
Schlussfolgerungen: Die Behauptung, hausärztliche Fortbildung sei ohne Sponsoring durch Pharmafirmen nicht zu finanzieren, ist so nicht mehr zu halten. Durch ein optimiertes konsequentes Angebot organisatorisch passender und inhaltlich guter Fortbildungsveranstaltungen mit geschulten hausärztlichen Referenten lässt sich in absehbarer Zeit eine sponsorenfreie hausärztliche Fortbildung etablieren und somit ein effektiver Kompetenzerhalt der Hausärzte gewährleisten.

Quellenangabe:
Umfragedaten des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IhF) e.V.

Session P 1-2
Medikamentöse Versorgung älterer Menschen
Freitag, 24. September 2010
11:15 - 12:00

P 1-2-1
Zusammenführung unterschiedlicher Sichtweisen über die Auswirkungen der Medikamenten-Rabattverträge in Deutschland - von Patienten, Ärzten und Apotheken

D. Gröber-Grätz, M. Gulich
Universität Ulm Institut für Allgemeinmedizin, Ulm

Einleitung: Seit 1. April 2007 sind die Apotheken in Deutschland gesetzlich verpflichtet, ein Medikament abzugeben, mit dem die Krankenkasse des Versicherten einen Rabattvertrag hat, sollte auf dem Rezept bei „aut-idem“ kein Kreuz gesetzt sein. Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, welche Problematiken für Patienten, Ärzte und Apotheken auftreten. Methodik: Anhand eines standardisierten Fragebogens zugeschnitten auf Patienten, niedergelassene Allgemeinmediziner und Apotheker wurden deren Erfahrungen mit den Rabattverträgen untersucht und gegenseitig verglichen. Ergebnisse: An der Studie nahmen 226 Patienten, 95 Ärzte und 804 Apotheker/Innen und Apothekenangestellte teil. Durch die Umstellung der Medikamente auf rabattierte Arzneimittel ergeben sich für alle Beteiligten erhebliche Probleme. 79,5% der Patienten möchten ihr Medikament behalten und 53,7% bestehen gegenüber dem Arzt darauf. 96,9% der Apotheker stehen verärgerten Kunden gegenüber. 64,6% der Patienten sind in der Einnahme verunsichert. 94,7% der Ärzte und 97% der Apotheker führen an, dass die Patienten in der Medikamenteneinnahme irritiert sind. Durch die Rabattregelung geben 21,2 % der Patienten an Medikamente verwechselt zu haben. 60,1% der Apotheker sind Medikamentenverwechslungen von Kunden bekannt und 73,4% der Ärzte berichten über Medikationsfehler seitens der Patienten. Diskussion: Die Arzneimittelversorgung in der hausärztlichen Praxis sollte nicht nur unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Der Präparateaustausch muss auch medizinische und patientenspezifische Aspekte berücksichtigen. Schlussfolgerung: Durch die Einführung dieser Verträge könnte die Arzneimittelsicherheit gefährdet sein. Der äußere Eingriff durch die Krankenkassen verunsichert und verärgert die Patienten.

P 1-2-2
Sicherheit und Verträglichkeit der H1N1 Impfung mit Pandemrix©, Focetria© und Celvapan© nach geschätzten 42.3 Millionen Impfungen in der EU

U. Ullmann, C. Melzer
Facharztpraxis f. Klinische Pharmakologie, Kreuzlingen (Schweiz)

Einleitung: Die pandemische Impfung gegen den H1N1 Virus war in den letzten Jahren eine der größten konzertierten, freiwilligen Impfaktionen. Über den Nutzen der Impfaktion, aber

auch über die Sicherheit und die Verträglich der unterschiedlichen Impfstoffe, wurde erstmals in einer bereiten Öffentlichkeit sehr kontrovers diskutiert; u.a. wurde die Rolle von immunogenen Adjuvantien kritisch gesehen.
Methoden: Die europäische Zulassungsbehörde EMEA hat früh damit begonnen, die unerwünschten Ereignisse im Zusammenhang mit der H1N1 Impfung systematisch zu sammeln, zu analysieren und der Öffentlichkeit zu Verfügung zu stellen. Der derzeitige Informationsstand (15.04.2010) über die Sicherheit und Verträglichkeit der H1N1 Impfung in der EU umfasst 15 Update-Berichte sowie 13 Detailberichte.
Ergebnisse: Am 08.04.2010 gab die EMEA die Zahl der geimpften Personen in der EU mit 42.3 Millionen an, darunter 488´600 schwangere Frauen. Für diese Population erhielt man 14´130 Berichte über unerwünschte Ereignisse, darunter 2´830 Todesfälle. In dem Abstract wird detailliert die Sicherheit und Verträglichkeit der H1N1 Impfung dargestellt. Zudem werden die Sicherheitsprofile der drei Impfstoffe Pandemrix©, Focetria© und Celvapan© genauer beleuchtet und miteinander verglichen.
Diskussion: Mit der zentralen Zulassung der einzelnen H1N1 Impfstoffen wurde auf der Basis der Zulassungsunterlagen ein positives Nutzen-Risiko Verhältnis festgestellt. Diese Bewertung hat sich auch nach der breiten Anwendung dieser Impfstoffe aus Sicht der Arzneimittelsicherheit nicht verändert. Zudem kann kein sicherheits-relevanter Unterschied zwischen den Impfstoffen mit und ohne Adjuvantien festgestellt werden. Alle derzeit zentral zugelassenen Impfstoffe sind sicher und gut verträglich.
Schlussfolgerung: Die Impfung gegen H1N1 mit Pandemrix©, Focetria© oder Celvapan© ist sicher und gut verträglich.

P 1-2-3
Umfang und Bewertung von Arzneimittelinteraktionen bei hausärztlichen Patienten mit Polypharmakotherapie

K. H. Stecker, A. Gurjanov, E. Hummers-Pradier, G. Schmiemann
Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Einleitung: Mit der Anzahl verschriebener Medikamente nimmt das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) exponentiell zu. Elektronische Interaktionsprogramme können die Sicherheit der Verschreibung erhöhen, indem sie vor potenziell gefährlichen Kombinationen warnen. In unserer Studie haben wir das Ausmaß potentieller Interaktionen bei hausärztlichen Patienten mit Polypharmakotherapie erfasst. Zusätzlich wurden Unterschiede in der Bewertung der Interaktionen zwischen Ärzten und Praxissoftware ermittelt.
Methode: Medikamentenpläne von 224 Patienten mit mehr als 4 Medikamenten (Durchschnitt 8.1; 5-20 Med.) wurden mit der kostenpflichtigen Software (Doctors AiD®) auf Interaktionswarnungen überprüft. Die Warnungen werden dabei einer von 5 Kategorien zugeordnet (keine relevante Interaktion – schwerwiegende Interaktion). Teilnehmer hausärztlicher Fortbildungen (n= 520) wurden gebeten die 20 häufigsten mittelschweren/schweren Interaktionen den gleichen Kategorien zuzuordnen sowie mögliche Konsequenzen (z.B: Dosisänderung, Laborkontrolle) zu notieren.
Ergebnisse: Bei 1814 Medikamentenverordnungen sprach das Programm 622 Interaktionswarnungen aus. Davon wurden 88 (14%) als „klinisch schwerwiegend“ und 533(86%) als „mittelschwere Interaktion“ bewertet. Zu den am häufigsten genannten Kombinationen in diesen Gruppen zählten die Kombinationen ACE Hemmer –Allopurinol (n= 23) bzw. Metformin – Metoprolol (n= 28). Insgesamt 120 Hausärzte (Rücklauf 21%) bewerteten die Interaktionen
Schlussfolgerung: Potentielle Interaktionen treten bei Patienten mit Polypharmakotherapie sehr häufig auf. Die klinische Relevanz und Konsequenzen werden von Ärzten oft anders beurteilt als vom eingesetzten Interaktionsprogramm.

P 1-2-4
Standardisierung der Meldung von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen von Medizinprodukten durch ein neues gemeinsames Formblatt des BfArM und PEI

U. Ullmann, G. Kaps
Facharztpraxis f. Klinische Pharmakologie, Kreuzlingen (Schweiz)

Einleitung: Die Eignung von Medizinprodukten für den vorgesehenen Verwendungszweck ist durch eine klinische Bewertung anhand von klinischen Daten zu belegen. Allgemeinmediziner beteiligen sich regelmäßig an diesen klinischen Prüfungen von Medizinprodukten.
Methoden: Kurz vor dem Inkrafttreten des 4. Medizinprodukteänderungsgesetzes am 21.03.2010 haben das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ein gemeinsames Formblatt für die Meldung von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen (SAEs) gemäß §3 Abs. 5 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung(MPSV) veröffentlicht.
Ergebnisse: In dem Poster wird der neue SAE-Meldebogen vorgestellt. Besonderes Augenmerk wird hierbei der SAE-Beschreibung (description and expectedness), den Folgen (outcome) und dem Bezug zum Prüfprodukt (relatedness) eingeräumt. Fachbegriffe aus der Materiovigilanz bzw. Pharmakovigilanz werden erläutert. Abschließend werden die Verantwortlichkeiten, das Prozedere und die Fristen der SAE-Meldung bei den Behörden beschrieben.
Diskussion: Im Gegensatz zu den Medizinprodukten gibt es für Arzneimittel seit vielen Jahren einen einheitlichen Meldebogen für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAWs). Nun wird auch für Medizinprodukte ein einheitliches Formular für die Meldung von SAEs eingeführt. Daraus resultiert eine Standardisierung und relevante Vereinfachung der SAE-Meldung. Allgemeinmediziner die sich an klinischen Prüfungen von Medizinprodukten beteiligen, sollten den neuen SAE-Meldebogen kennen und wissen wie er auszufüllen ist. Je präziser die SAE-Informationen gemeldet werden, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit Nachfragen beantworten zu müssen bzw. der gesetzlichen Meldepflicht nicht in ausreichendem Maße nachzukommen.
Schlussfolgerung: Durch die Einführung eines einheitlichen Meldebogens ist die Meldung von SAEs durch Medizinprodukte standardisiert und relevant vereinfacht worden.

P 1-2-5

Eine komplexe Intervention bei älteren, multimorbiden Patienten mit Multimedikation war in der Hausarztpraxis praktikabel: die Perspektive von Medizinischen Fachangestellten in einer cluster-randomisierten Pilotstudie (PRIMUM; BMBF-Fkz: 01GK0702)

A. Ziegemeyer[1], C. Güthlin[1], B. Werner[1], S. Harder[2], W. E. Haefeli[3], J. Rochon[4], M. Beyer[1], A. Erler[1], F. M. Gerlach[1], M. van Den Akker[5], C. Muth[1]

[1]Institut für Allgemeinmedizin Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main; [2]Institut für Klinische Pharmakologie / ZAFES Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main; [3]Abteilung Klinische Pharmakologie & Pharmakoepidemiologie Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; [4]Institut für Medizinische Biometrie und Informatik Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; [5]Netherlands School of Primary Care Research – CaRe, Department of General Practice Maastricht University, Maastricht (Niederlanden)

Einleitung: In der PRIMUM-Studie wurde eine Intervention zur PRIorisierung und Optimierung von MUltimedikation bei Multimorbidität für die Hausarztpraxis entwickelt: 1.) ein Prä-Konsultationsgespräch anhand der Medikations-Monitoring-Liste (MediMoL) und 2.) eine Überprüfung der eingenommenen Medikamente durch Medizinische Fachangestellte (MFA), 3.) der Einsatz eines internetbasierten Computersystems (AiD, ArzneimittelinformationsDienst) sowie 4.) ein Arzt-Patienten-Gespräch. Die Praktikabilität der Intervention für MFAs wurde in einer 12-monatigen Machbarkeitsstudie geprüft.

Methoden: Nach Interventionen (N=50) wurden Zeitaufwand (Selbstauskunft) und Zufriedenheit (6-stufige Likert-Skala) der MFAs erhoben. Nach Abschluss der Interventionsphase wurden 10 MFA leitfadengestützt zu ihren Erfahrungen mit der Intervention und dabei auftretenden Problemen interviewt. Die Nutzerfreundlichkeit von AiD+ wurde mittels Fallvignette und Kurzfragebogen (Schulnoten-Bewertung) geprüft. Die tonbanddokumentierten Interviews wurden transkribiert und quantitativ inhaltsanalytisch ausgewertet, die Analyse der quantitativen Daten erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse: Bei 45/50 Interventionen waren die MFA mindestens „zufrieden" (2/50 „eher zufrieden", 3/50 k.A.), der Gesamt-Zeitaufwand/Intervention wurde mit 45 (Interquartilsabstand 33-70) Min. berichtet. Interviews: Die MFA erlebten das Gespräch mit dem Patienten besonders positiv („Dass ich den Kontakt zu den Patienten wieder aufbauen konnte. Das hat mir gut gefallen") und fühlten sich ausreichend vorbereitet („Die Aufgaben waren …klar gestellt und strukturiert, also ich hatte da keine Probleme"). Fallvignette: 6/10 MFA führten die Aufgabe allein aus, 4/10 benötigten Hilfestellung. Kurzfragebogen: mit „1" oder „2" bewerteten alle MFA die Items „Leichtigkeit des Erlernens" und „Bedienbarkeit", 9/10 die „Übersichtlichkeit" und „Handhabbarkeit im Praxisalltag" (1/10 mit „3").

Diskussion: Die Kombination direkter (Fallvignette) und indirekter Methoden (Befragung) identifizierte Anpassungsbedarf (AiD+-Anwendungsprobleme) für die Hauptstudie.

Schlussfolgerungen: Die Intervention ist für MFA praktikabel. Interventionsschulung und AiD+-Benutzerhandbuch werden in der Hauptstudie angepasst.

P 1-2-7

"Antikoagulations-Potpourri" - Umfrage zur Antikoagulation im haus- oder spezialärztlichen Kontext mit Hilfe von speziellen Fallvignetten

J. Schelling, U. Schelling, A. Standl, A. Stein, G. Oberprieler

Ludwig-Maximilians-Unversität München Lehrbereich Allgemeinmedizin, München

Hintergrund: Zur Antikoagulation bei Vorhofflimmern, KHK, nach Moykardinfarkt, nach Apoplex, nach Lungenembolien bzw. Thrombose und nach Stent-Einlage existieren zahlreiche (vorwiegend fachärztliche) Leitlinien. Im Einzelfall erscheint es in der Praxis nahezu unmöglich, diese Leitlinien zusammenzuführen. So stellen gerade Patienten mit Multimorbidität und nach kardiovaskulären Interventionen eine Herausforderung dar, wenn es um die Abstimmung des Medikamentenplans und insbesondere der Antikoagulation geht. Wenn dann noch überlappend Heparine gegeben werden müssen oder eine Operation ansteht sieht sich der Hausarzt nicht selten mit zahlreichen widersprüchlicher Aussagen von verschiedenen Fachkollegen konfrontiert, muss aber im besten Sinne für den Patienten entscheiden oder mitentscheiden.

Durchführung: Mittels eines elektronischen Fragebogens wurden Hausärzte aller Fachrichtungen und Klinikärzte aus der Inneren Medizin (allgemein) und den Fachbereichen Angiologie und Kardiologie, sowie weitere Fachdisziplinen nach ihrer individuellen Therapieentscheidung im Einzelfall befragt. Dies geschah mittels kurzer Fallvignetten und einer Einzel- oder Mehrfachauswahl von Wirkstoffen oder therapeutischen Vorgehensweisen.

Ergebnisse: 46 Fragebögen konnten bislang aus dem hausärztlichen und internistischen Bereich ausgewertet werden. Die Verteilung von Klinik und Praxis, die Altersstruktur und die Facharztbezeichnungen waren ausgeglichen. 65% der Kollegen bilden sich regelmäßig zum Thema Antikoagulation fort. In den einzelnen Fallvignetten zeigten sich teilweise einheitliche, teils stark unterschiedliche Therapieschemata. Auch die Verwendung des CHADS2-Score scheint in der hausärztlichen Praxis eine wichtige Rolle zu spielen. Bezüglich der Entscheidungsfindung gaben 45% der Befragten jedoch an, teilweise geraten oder auch dem Bauch heraus entschieden zu haben. 76% haben sich aufgrund Ihrer Erfahrung entschieden und 39% dabei auch auf Leitlinien zurückgegriffen.

Weitere Befragungen und eine Überarbeitung der Fallvignetten und des Fragebogens sind in Planung.

Session P 1-3
Schnittstellen
Freitag, 24. September 2010
11:15 - 12:00

P 1-3-1
„InteraKtion“ - Rückmeldequalität im Rahmen der gemeinsamen Therapie: Wie beurteilen Hausärzte ihre fachärztlichen Kollegen?

R. Bölter[1,2], I. Natanzon[1,2], D. Gröber-Grätz[3,4], D. Moßhammer[5,6], S. Joos[1,2], D. Ose[1,2]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Koordinierung der Versorgung, Heidelberg; [3]Universität Ulm Institut für Allgemeinmedizin, Ulm; [4]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Koordination der Versorgung, Ulm; [5]Uni Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen; [6]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Koordination der Versorgung, Tübingen

Hintergrund: Obgleich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich keineswegs schlecht abschneidet, leidet die Versorgung in einzelnen Bereichen an Koordinationsdefiziten. Ein Defizit liegt möglicherweise in der Zusammenarbeit von Haus- und Facharztkontakten. Im Rahmen der Studie „InteraKtion“ des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden- Württemberg wurden Erfahrungen und Meinungen niedergelassener Hausärzte im Hinblick auf die Kooperation mit Fachärzten erhoben. Im Fokus dieses Beitrages steht die Qualität der Rückmeldungen durch Fachärzte.
Methode: Anhand eines halbstrukturierten Leitfadens wurden 22 Interviews mit Hausärzten aus Baden Württemberg durchgeführt Die Auswertung erfolgte mit Atlas ti in Anlehnung an Mayring unter Bildung deduktiver und induktiver Kategorien.
Ergebnisse: Die Mehrheit der Hausärzte hält die Rückmeldungen ihrer fachärztlichen Kollegen nach Überweisungen für angemessen bei jedoch insgesamt sehr heterogener Qualität. Eine Standardisierung der Rückmeldung besteht nicht. Zeitnahe Rückmeldung stellt für die Ärzte ein wesentliches Qualitätsmerkmal einer guten Kooperation dar. Ein weiteres Merkmal wird in Persönlichen Kontaktaufnahme durch die Fachärzte bei besonderen Anlässen z.B. Notfälle gesehen. Die Befragten berichten über ein informelles Netz an kooperierenden Fachärzten, mit denen eine gute Interaktion möglich ist.
Diskussion: Entgegen der häufig unterstellten Defizite im Rahmen der Kooperation zwischen Hausarzt und ambulanten Fachärzten sind die befragten Hausärzte mit der Kooperation auf dem Gebiet der Rückmeldungen größtenteils zufrieden.
Persönliche Kontakte von Haus- und Fachärzten im Rahmen informeller Netzwerke spielen aus Sicht der Hausärzte eine tragende Rolle
Schlussfolgerung: Die informellen Netzwerke sollen weiter gestärkt werden, um zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen. Um eine zeitnahe Rückmeldung nach Überweisung zu gewährleisten, könnten zusätzlich die Möglichkeiten einer standardisierten, kurzfristigen Korrespondenz z.B. über Praxissoftware und Routinedaten evaluiert werden.
Schüsselwörter: Koordination – Hausarzt – Überweisungen - Ärztenetzwerke

P 1-3-2
„InteraKtion“ - Begleiten Hausärzte ihre Patienten bei Überweisungen zum Spezialisten? Chancen und Grenzen

D. Ose[1,2], R. Bölter[1,2], D. Gröber-Grätz[3,4], D. Moßhammer[5,6], S. Joos[1,2], I. Natanzon[1,2]
[1]Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; [2]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Koordinierung der Versorgung, Heidelberg; [3]Universität Ulm Institut für Allgemeinmedizin, Ulm; [4]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Koordination der Versorgung, Ulm; [5]Universität Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen; [6]KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Arbeitsgruppe Koordination der Versorgung, Tübingen

Hintergrund: Obgleich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich keineswegs schlecht abschneidet, leidet die Versorgung in einzelnen Bereichen an Koordinationsdefiziten. Ein Defizit liegt möglicherweise in der Zusammenarbeit von Hausärzten und Spezialisten. Im Rahmen der Studie „InteraKtion“ des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden Württemberg wurden Erfahrungen und Meinungen niedergelassener Hausärzte im Hinblick auf die Kooperation mit Fachärzten erhoben.
Vor dem Hintergrund, dass zunehmend in der öffentlichen Debatte gefordert wird, dass Hausärzte zur Sicherstellung von Behandlungskontinuität die Mit- und Weiterbehandlung beim Facharzt stärker begleiten sollen, wird mit dieser Analyse die gegenwärtige Versorgungspraxis betrachtet.
Methode: Anhand eines halbstrukturierten Leitfadens wurden 22 Interviews mit Hausärzten aus Baden Württemberg durchgeführt Die Auswertung erfolgte mit Atlas.ti in Anlehnung an Mayring unter Bildung deduktiver und induktiver Kategorien.
Ergebnisse: Die Analyse zeigt insgesamt ein sehr heterogenes Bild. Während einige Ärzte sehr häufig von ihnen veranlasste Überweisungen mit Informationen und persönlichem Kontakt zum Facharzt begleiten, findet diese Form der Unterstützung bei anderen Ärzten selten statt. Im Querschnitt zeigt die Auswertung, dass eine Begleitung der Weiterbehandlung beim Facharzt häufig nur bei kritischen oder dringenden Fällen erfolgt.
Diskussion: Insgesamt scheint die Forderung nicht gerechtfertigt, dass Hausärzte die Mit- oder Weiterbehandlung durch den Facharzt bei jedem einzelnen Patienten intensiv begleiten. Eher zeigt die Versorgungspraxis, dass die Sicherstellung von Behandlungskontinuität und Patientenunterstützung nur bei bestimmten Patientengruppen sinnvoll ist.
Schlussfolgerung: Die öffentliche Debatte zur Begleitung und Unterstützung des Patienten durch den Hausarzt sollte zukünftig differenzierter geführt werden.
Schüsselwörter: Koordination, Hausarzt, Überweisungen

P 1-3-3

Gegenseitige Erfahrungen von Haus- und Betriebsärzten - eine qualitative Studie anhand von Fokusgruppeninterviews

I. Manske[1,2], P. Grutschkowski[2,1], I. Natanzon[3], M. A. Rieger[2], D. Moßhammer[1]

[1]Universitätsklinikum Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen; [2]Universitätsklinikum Tübingen Institut für Arbeits- und Sozialmedizin,, Tübingen; [3]Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Haus- und Betriebsärzte haben u.a. bei chronischen und arbeitsplatzbezogenen Erkrankungen sowie der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben wichtige Schlüsselfunktionen. Sie betreuen gleiche Patienten, jedoch selten in engerer Zusammenarbeit. Systematisch erhobene Daten über die Erfahrungen beider Berufsgruppen im Berufsalltag sind spärlich.

Ziel der Untersuchung war es deshalb, gegenseitige Erfahrungen im Hinblick auf die gemeinsame Schnittstelle dieser Fachgruppen zu erfassen.

Methoden: Tonaufnahme dreier leitfragengestützter Fokusgruppen (FG) à 90 Minuten mit jeweils 7 bis 8 ÄrztInnen (1. FG nur Hausärzte, 2. FG nur Betriebsärzte, 3. FG haus- und betriebsärztlich tätige ÄrztInnen) unter Beachtung der Abbildung der Heterogenität des Untersuchungsfeldes sowie eines ausgewogenes Geschlechterverhältnisses. Die Auswertung der transkribierten Daten erfolgte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach P. Mayring [1].

Ergebnisse: In fünf Hauptkategorien wurden Aussagen zu „positiven", „negativen", „neutralen", „sonstigen" und „Mangel an Erfahrungen" zusammengefasst. Das Spektrum der Erfahrungen reichte unter anderem von Betriebsbegehungen über Befundweiterleitungen, die Bedeutung des persönlichen Gesprächs, ärztlichen Engagements, Konkurrenzdenkens und der Einmischung bis hin zum Thema Gefälligkeitsatteste. Auch der mangelnde Kontakt und die fehlende Initiative zum Austausch unter den drei Berufsgruppen wurde thematisiert.

Diskussion: In den Fokusgruppen kamen Erfahrungen verschiedenster Art zur Sprache, die sich zwischen den befragten Gruppen unterscheiden. Die vorliegenden Analysen der drei Fokusgruppeninterviews liefern plausible Hinweise für Gründe der z. T. dürftigen Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten.

Schlussfolgerungen: Mit der vorliegenden Untersuchung konnten aufschlussreiche, praxisrelevante Daten zu gegenseitigen Erfahrungen von Haus- und Betriebsärzten gewonnen werden. In einem nächsten Schritt auf dem Gebiet „Schnittstelle Allgemein- und Betriebsmedizin" müssen diese qualitativ erhobenen Erfahrungen anhand standardisierter Erhebungen quantifiziert werden.

Quellenangabe

[1] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In Flick U, von Kardoff E, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch, 2000:468-75

P 1-3-4

"Wie sehen sich Haus- und Betriebsärzte gegenseitig?"- Eine Schnittstellenanalyse anhand von Fokusgruppen

P. Grutschkowski[1,2], I. Manske[1,2], I. Natanzon[3], M. A. Rieger[2], D. Moßhammer[1]

[1]Universität Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen; [2]Universität Tübingen Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Tübingen; [3]Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Die Aufgaben von Betriebs- und Hausärzten überschneiden sich in mehreren Bereichen. Der Berufsalltag zeigt allerdings, dass der Austausch unter den Berufsgruppen dürftig ist. Eine engere Kooperation setzt u.a. die Kenntnisse des jeweils anderen Arbeitsumfeldes voraus. Ziel der Studie war deshalb, die Sichtweisen und Kenntnisse der beiden Berufsgruppen übereinander zu untersuchen.

Methoden: Tonaufnahmen dreier leitfragengestützter Fokusgruppen (FG) à 90 Minuten mit jeweils 7 bis 8 ÄrztInnen (1. FG nur Hausärzte (HA), 2. FG nur Betriebsärzte (BA), 3. FG haus- und betriebsärztlich tätige ÄrztInnen) unter Beachtung der Abbildung der Heterogenität des Untersuchungsfeldes sowie eines ausgewogenen Geschlechterverhältnisses. Die Auswertung der transkribierten Daten erfolgte deduktiv/ induktiv in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach P. Mayring [1].

Ergebnisse: Die Aussagen zum jeweiligen Fremdbild konnten in 4 Hauptkategorien zusammengefasst werden. So wurden positive Aspekte (wie präventive Versorgung (Sicht auf BA) bzw. Aufgabenvielfalt (Sicht auf HA)) und negative Aspekte (wie Gewissenskonflikte bzw. Angst vor Konkurrenz) genannt. Außerdem wurden neutrale Aspekte (wie Einfluss von politischen/ wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bzw. Stellenwert der Compliance) und die jeweiligen Aufgaben der Professionen (wie Arbeitsschutz bzw. Wiedereingliederung) benannt. Es wurden auch Vorurteile laut.

Diskussion: In den Fokusgruppen kamen unterschiedliche Aspekte der Fremdreflexion zur Sprache. Es waren mangelnde Kenntnisse bezüglich Aufgaben, Probleme oder Möglichkeiten der jeweils anderen Berufsgruppe herauszuhören. Das Datenmaterial liefert plausible Hinweise für Gründe der dürftigen Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten.

Schlussfolgerung: Anhand der Fokusgruppen konnten praxisrelevante Daten zur gegenseitigen Wahrnehmung von Haus- und Betriebsärzten gewonnen werden. Diese qualitativ erhobenen Daten gilt es nun in einem nächsten Schritt zu quantifizieren.

Quellenangabe

[1] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In Flick U, von Kardoff E, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch, 2000:468-75

P 1-3-5

Überweisungspraxis zwischen niedergelassenen Allgemeinmediziner und Spezialisten in Baden-Württemberg -wohin überweisen Hausärzte und wie werden Spezialisten in Anspruch genommen

D. Gröber-Grätz, M. Gulich, H. - P. Zeitler
Universität Ulm Institut für Allgemeinmedizin, Ulm

Hintergrund: Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 wurde in Deutschland die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt. Diese neue Versorgungsform hatte das politische Ziel verfolgt, die Position des Hausarztes zu stärken. Alle Behandlungsschritte, vom ersten Befund bis zu den verordneten Arzneimitteln sollen zentral beim Hausarzt dokumentiert und gesteuert werden. Der Hausarzt ist hier in Funktion als Lotse oder Steuermann gefordert, sein wichtigstes Instrument ist die Überweisung zum Spezialisten. Die vorliegende Studie untersucht die Überweisungssituation niedergelassener Allgemeinmediziner zu anderen niedergelassenen Facharztgruppen und das Inanspruchnahme-Verhalten der Patienten in Baden-Württemberg.
Methode: Quantitative Auswertung der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg aus dem Jahr 2008.
Ergebnisse: In die Auswertung wurden Hausärzte sowie 32 unterscheidbare Gruppen von Spezialisten, welche die KVBW über den Facharztschlüssel zugeordnet hatte, einbezogen. Im Durchschnitt hatten im Jahr 2008 8.270 fachärztliche Praxen und 3.941 Allgemeinarztpraxen mit der KVBW Leistungen abgerechnet (67,7% Spezialisten vs 32,3% Hausärzte). Allgemeinmediziner stellen 43,9% aller Überweisungen aus. Zu jeder Überweisung, die ein Hausarzt ausstellt, kommen weitere 1,3 Überweisungen hinzu, die ein Spezialist ausstellt. Am häufigsten werden Internisten, Spezialgebiet Kardiologie mit Überweisung vom Hausarzt aufgesucht, die meisten Patienten kontaktieren Mund-Kiefer-Chirurgen und fachärztliche Internisten ohne Überweisung.
Diskussion: Das Überweisungsverhalten von Hausärzten ist sehr heterogen, eine Einbeziehung der Versorgungsstrukturen und der Situation vor Ort muss berücksichtigt werden. Schlussfolgerung: Nicht geklärt sind die Überweisungsstrukturen von Spezialisten. Auch sollte verdeutlicht werden, ob und wie Patienten das Gesundheitssystem mit ihrer Überweisung tatsächlich in Anspruch nehmen. Eine detaillierte Veranschaulichung der Überweisungsstrukturen könnte mehr Transparenz im Gesundheitssystem schaffen und zu einer höheren Effizienz führen.

P 1-3-6

Haben regionale Unterschiede und die Größe der Hausarztpraxis einen Einfluss auf die Überweisungssituation von Hausärzten zu Spezialisten-Ergebnisse aus Baden-Württemberg

D. Gröber-Grätz, M. Gulich, H. - P. Zeitler
Universität Ulm Institut für Allgemeinmedizin, Ulm

Hintergrund: Die Koordinierungsfunktion des Hausarztes wird im Rahmen von Primärarztmodellen gefordert. Überweisungen sind eine der entscheidenden Maßnahmen, die diese Funktion beinhaltet. Die vorliegenden Studie analysiert den aktuellen Stand der hausärztlichen Koordinierungsfunktion, anhand der Überweisungspraxis zu anderen niedergelassenen Facharztgruppen in Bezug auf regionale Unterschiede und auf die Größe der Hausarztpraxis.
Methode: Quantitative Auswertung der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Um zu erwartende jahreszeitliche Schwankungen auszugleichen wurden Daten aus dem Abrechnungszeitraum von Quartal I/08 bis IV/08 ausgewertet. Die statistische Auswertung wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SAS Analyst ausgeführt.
Ergebnisse: Allgemeinmediziner stellen 43,9% aller Überweisungen aus. Es konnte kein Bezug zwischen der Größe der Hausarztpraxis und der Überweisungshäufigkeit festgestellt werden. (Chi-Quadrat Test). Große Praxen weisen sowohl niedrige als auch eine sehr hohe Anzahl von Überweisungsscheinen/Quartal auf. Unterschiede imÜbererweisungsverhalten von Allgemeinmedizinern zwischen Stadt- und Landkreisen lassen sich nicht feststellen.
Diskussion: Die vorliegenden Daten legen den Schluss nahe, dass die Überweisungsgewohnheiten/-situation niedergelassener Allgemeinmediziner sehr individuell ist. Jede Praxis hat seine eigenen Netz- und Versorgungsstrukturen, die von Region zu Region unterschiedlich sein können. In wie weit sich Muster erkennen lassen, muss eine Analyse der Daten auf praxis- oder patientenindividueller Ebene zeigen.
Schlussfolgerung: Eine detaillierte Veranschaulichung der Überweisungsstrukturen nach strukturellen Gegebenheiten (Arztdichte/Versorgungsnetze) könnte mehr Transparenz im Gesundheitssystem schaffen und zu einer höheren Effizienz führen.

P 1-3-7

Schon wieder ein Fragebogen ... Non-Responder Analysen zur Teilnahme von Ärzten an einer Befragungsstudie

N. Schneider[1], M. Behmann[1], T. Wernstedt[2], U. Walter[1], F. Kühne[1]
[1]Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung - Arbeitsgruppe Versorgung im letzten Lebensabschnitt, Hannover; [2]Medizinische Hochschule Hannover, Tumorzentrum, Hannover

Einleitung: Hausärzte und ihre niedergelassenen Fachkollegen erhalten häufig Fragebögen im Rahmen wissenschaftlicher Studien. Ein Problem sind oftmals geringe Rücklaufquoten. Diese Arbeit untersucht Faktoren für bzw. gegen die Teilnahme am Beispiel einer Befragung zum Thema Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase.
Methoden: Standardisierte schriftliche Befragung von 4800 Vertragsärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in Niedersachsen zum o.g. Thema. Nach Ende der Rücklauffrist erfolgte (1) eine Nonresponder-Analyse der soziodemographischen Merkmale von teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Ärzten sowie (2) eine Nachbefragung der Ärzte, die den Fragebogen nicht zurückgeschickt hatten; dafür wurde eine Postkarte mit Bitte um Angabe der Gründe für die Nichtteilnahme (standardisierte Antwortmöglichkeiten) verschickt. Vorgestellt werden für alle Ärzte in der Stichprobe Unterschiede nach Geschlecht,

Praxisort und Fachrichtung sowie für die Teilgruppe der Allgemeinmediziner die per Postkarte erhobenen Gründe für Nichtteilnahme.
Ergebnisse: Der Rücklauf betrug insgesamt 40% (n=1892). Frauen antworteten häufiger als Männer (43,3% vs. 37,9%, p=0,001) und Ärzte in ländlichen Gebieten mit weniger als 5000 Einwohnern häufiger als ihre Kollegen in klein-, mittel- und großstädtischen Gebieten (61,1% vs. 31,5-41,8%, p<0,001). Auch die Fachrichtungen unterschieden sich signifikant (p=0,003), mit dem größten Rücklauf bei den Strahlentherapeuten (52,4%) und Psychiatern (45,6%) und dem geringsten Rücklauf bei den Neurologen (32,7%) und Gynäkologen (34,1%). Allgemeinmediziner lagen mit 39,8% (n=897) im Mittelfeld. Von den Allgemeinmedizinern, die den Fragebogen nicht ausgefüllt hatten, gaben 110 die Gründe dafür an: Häufigster Grund war ,,keine Zeit" (33,6%), gefolgt von ,,grundsätzlich keine Teilnahme an Befragungen" (23,6%) und ,,kein Bezug zum Thema im Arbeitsalltag" (15,5%).
Diskussion/Schlussfolgerungen: Das Befragungsthema wird offenbar nicht von allen Fachrichtungen als gleichermaßen relevant empfunden. Bei den Allgemeinmedizinern wäre angesichts des Stellenwerts der Versorgung älterer, chronisch-progredient kranker Menschen im Praxisalltag ein höherer Rücklauf zu erwarten gewesen, allerdings scheint Zeitmangel eine wichtige Barriere für die Teilnahme zu sein. Möglicherweise sind Landärzte für dieses Thema besonders sensibilisiert und motiviert, ihre Meinung in die Diskussion einzubringen.

Session P 1-4
Sonstiges/Begutachtung
Freitag, 24. September 2010
11:15 - 12:00

P 1-4-1
Hausärztliche Sonographie - ein breites Spektrum?! Stand der sonographischen Aktiväten in der Hausarztpraxis im Spannungsfeld von Fachkunden, Abrechnungsgenehmigungen, Versorgungsgrenzen und EBM/GOÄ

J. Schelling, A. Standl, A. - M. Bauer, U. Schelling
Ludwig-Maximilians-Unversität München Lehrbereich Allgemeinmedizin, München

Hintergrund: Die überwiegende Zahl von Sonographien wird primär in der hausärztlichen Praxis durchgeführt. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Historie des einzelnen Praxisinhabers, der wechselnden Ultraschallverordnungen, der Abrechungsbestimmungen und der Probleme im Spannungsfeld von EBM, GOÄ und IGEL ist das angebotene Spektrum aber äußerst divergent. Mit unserer Befragung wollten wir erstmals den Gerätestand, die Fachkunden und Genehmigungen und im Vergleich dazu die wirklich abgerechneten Leistungsziffern erfassen.
Durchführung: Mittels eines elektronischen Fragebogens wurden Hausärzte aller Fachrichtungen nach ihrer Ultraschallausstattung (insbesondere den Doppler- und Duplexmodi), ihren KV-Genehmigungen, Fachkunden und Aktivitäten in der DEGUM befragt. Es wurde differenziert welche Organe oder Organsysteme präventiv, diagnostisch-kurativ oder im GOÄ / IGEL-Bereich untersucht wurden. Im zweiten Teil des Fragebogens ging es insbesondere im die Thoraxsonographie, ihre Indikationen und Möglichkeiten, die Hodensonographie und DEGUM-Zertifizierung und sonographische Fortbildungen im Allgemeinen. Auch das Procedere bei pathologischen Befunden und die Weiterbetreuung interessierte uns.
Ergebnisse: 59 vollständig ausgefüllte Fragebögen sind bislang eingegangen. In etwa 2/3 der Kollegen waren Allgemeinmediziner, etwa 1/3 hausärztliche Internisten. Nur ca. 30% der Ultraschallgeräte verfügen über einen CW- oder PW-Doppler, 83% haben einen Linearschallkopf zur Verfügung. Es finden sich Unterschiede in der Durchführung von diagnostischen, rein präventiven und im Rahmen der GOÄ durchgeführten Ultraschalluntersuchungen. Die Bandbreite der Fachkunden und Genehmigungen ist aber unerwartet groß. Falls alle Organkomplexe werden untersucht. 61% führen auch Thoraxsonographien, v.a. bei Pleureergüssen und pleuranahen Raumforderungen durch. Nur 6% sind Mitglieder der DEGUM und/oder zertifiziert. Eine Überweisung zum Spezialisten muß nur bei 8% der Sonographien vorgenommen werden und 68% der pathologischen Befunde werden nur in der Hausarztpraxis kontrolliert.

P 1-4-2
Umsetzung Leitlinien-gerechter sekundärpräventiver Maßnahmen in der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (Eine Befragung von Patienten und Hausärzten zur Umsetzung von Leitlinien)

J. Schelling[1], D. Taylor[1], N. Weiss[2]
[1]Ludwig-Maximilians-Unversität München Lehrbereich Allgemeinmedizin, München; [2]Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden Universitäts GefäßCentrum, Dresden

Hintergrund: Sekundärpräventive Maßnahmen werden bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) weniger stringent umgesetzt als bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHE), wie Daten aus mehreren nationalen und internationalen Registern zeigten.
Wir untersuchten, wie primärärztliche Zuweiser, die Patienten zur interventionellen Therapie einer PAVK gezielt in ein universitäres Gefäßzentrum verwiesen und von dort konkrete Behandlungs-empfehlungen erhalten, postinterventionell sekundärpräventive Maßnahmen mittelfristig umsetzen und anpassen.
Methodik: In einer retrospektiven Untersuchung wurden 106 Patienten identifiziert, die nach endovaskulärer Therapie wegen symptomatischer PAVK (Fontaine Stadien II-VI) mit standardisierten Empfehlungen zur Leitlinien-gerechten Risikofaktor- und antithrombotischen Therapie in die ambulante hausärztliche Versorgung entlassen wurden. Mit Einverständnis der Patienten wurden die Entlassdaten nach Intervention aus der Klinik und Verlaufsdaten der Primärärzte (medianer Follow-up 17,6 Monate) zu sekundärpräventiven Therapie und Erreichen der Therapieziele erhoben (vollständige Daten bei 42,5 %). Zu-

sätzlich wurde nach Behandlungsprinzipien im hausärztlichen Bereich und nach Gründen für eine eventuell erfolgte Medikamentenumstellung, sowie nach dem Verlauf der Gefäßerkrankung gefragt.
Ergebnisse: 79 % der Primärärzte behandeln nach Empfehlungen des Entlassungsbriefes, 21 % hiervon abweichend nach Leitlinien deutscher und internationaler Fachgesellschaften für kardiovaskuläre Medizin. HbA1c, Kreatinin und Lipidwerte zeigten im Verlauf keine signifi-kante Änderung, die Blutdruckwerte eine signifikante Absenkung. Die Rate an Nichtrauchern stieg von 26 % auf 45 %. Der Einsatz von ASS, Statinen und β-Blockern änderte sich nicht signifikant, der von ACE-Hemmern war rückläufig.

Quellenangabe
Lawall H., Diehm C., Pittrow P. (Hrsg.) (2009) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. VASA 75 Suppl: S3-S75
Norgren et al. (2007) Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II), Eur J Vasc Endovasc Surg; 33 Suppl 1: S1-75
Hirsch AT et al. (2001) Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. JAMA 286:1317-24
Bhatt DL et al. (2006) International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. JAMA 295:180-9
Zeymer U et al. (2009) Risk factor profile, management and prognosis of patients with peripheral arterial disease with or without coronary artery disease: results of the prospective German REACH registry cohort. Clin Res Cardiol 98:239-56

P 1-4-3
Unterschiede von Check up- Beratungsgesprächen zwischen Ärztinnen und Ärzten

C. Heintze, U. Sonntag, J. Henkel, V. Braun
Universitätsmedizin Berlin Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Einleitung: Differenzen in der Patienten-Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten sind beschrieben. Welche Unterschiede sich bei präventiven Beratungsgesprächen in deutschen Hausarztpraxen zeigen ist nicht untersucht. Daher wurden Gespräche mit übergewichtigen Patienten analysiert, die eine Gesundheitsuntersuchung („Check up- 35“) durchführen ließen. Angenommen wurde, dass der Anteil an emotionalen Äußerungen bei Ärztinnen höher ist als bei Ärzten.
Methoden: Im Jahr 2007 nahmen 12 Berliner Hausärzte Check up- Beratungsgespräche mit übergewichtigen Patienten (BMI>25kg/m²) auf Tonträger auf. Die transkribierten Gespräche wurden mit dem validierten Analyseverfahren - dem Roter Interaction Analysis System“ - (RIAS) ausgewertet. Dabei sind die Arztaussagen entweder inhaltlichen oder affektiven Kategorien zuzuordnen. Letztere umfassen Verhältnisaufbau, partnerschaftliches Handeln, verbale Aufmerksamkeit und das Zeigen von Emotionen. Von Interesse waren Unterschiede in der Häufigkeit emotionaler Äußerungen pro Gesprächsminute bezogen auf das Arzt- und Patientengeschlecht.
Ergebnisse: Von 8 Ärztinnen und 4 Ärzten wurden 50 Check up Gespräche mit übergewichtigen Patienten (Durchschnitt des BMI=31.45kg/m²) ausgewertet. Bei einer durchschnittlichen Gesprächsdauer von 8,46 Minuten wurden Zeichen der verbalen Aufmerksamkeit (z.B. „Paraphrasieren, Signalisierung von Verständnis“) bei Ärztinnen signifikant häufiger in Gesprächen mit Patientinnen und Patienten registriert. Emotionen (z.B. Schuldgefühle, Resignation) wurden von Ärztinnen und Ärzten gleichermaßen selten geäußert.
Diskussion: Es ist zu diskutieren, welche Konsequenzen eine mögliche stärkere emotionale Beteiligung von Ärztinnen gegenüber übergewichtigen Patienten hat.
Schlussfolgerungen: Die Bedeutung affektiver Inhalte in der Arzt-Patienten- Interaktion stellen ein wichtiges Forschungsfeld dar, das insbesondere aufgrund der Häufigkeit der hausärztlichen Lebensstilberatung reflektiert werden sollte.

P 1-4-4
Gender Bias im Umgang mit Brustschmerz Patienten - neue Einsichten

S. Bösner, J. Haasenritter, K. Karatolios, J. Schäfer, M. Abu Hani, H. Keller, A. Sönnichsen, E. Baum, N. Donner-Banzhoff
Philipps - Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: Obwohl Brustschmerz ein häufiger Beratungsanlass in der Hausarztpraxis ist, existieren nur wenig Daten darüber, ob weibliche Patienten anders als männliche behandelt werden. Wir untersuchten, ob die hausärztliche Ersteinschätzung und weitere Abklärungsmaßnahmen vom Geschlecht des Patienten abhängen und wie solche Unterschiede erklärt werden könnten.
Methoden: In Zusammenarbeit mit 74 Hausarztpraxen wurde eine diagnostische Querschnittstudie bei 1352 konsekutiven Patienten (ab 35J.) mit dem Beratungsanlass Brustschmerz durchgeführt. In einer telefonischen Befragung (6 Wochen und 6 Monate nach Rekrutierung) wurden Daten zur weiteren ärztlichen Betreuung und diagnostischen Abklärung erhoben. Diese Informationen dienten einem Referenzkomitee zur Entscheidung, ob zum Zeitpunkt des Patienteneinschlusses eine KHK vorgelegen hatte. Wir adjustierten Geschlechtsunterschiede bei 6 Prozessindikatoren für verschiedene Modelle.
Ergebnisse: Hausärzte neigten häufiger bei Männern dazu, eine KHK als Ursache des Brustschmerzes anzunehmen und veranlassten bei mehr Männer ein Belastungs-EKG (Frauen 4.1%, Männer 7.3%, $p=0.02$) und eine Krankenhauseinweisung (Frauen 2.9%, Männer 6.6%, $p<0.01$). Diese Unterschiede bestanden weiterhin nachdem für Alter und kardiale Risikofaktoren adjustiert wurde, verschwanden jedoch nach Adjustierung für die Typizität des Brustschmerzes.
Diskussion: Andere Studien bei Patienten mit pektanginösen Beschwerden aus dem primärärztlichen Bereich zeigen für Männer eine höhere Überweisungsrate zum Belastungs-EKG und eine höhere Wahrscheinlichkeit mit ASS oder Statinen behandelt zu werden.
Schlussfolgerungen: Während die von uns beobachteten Geschlechtsunterschiede nicht durch Unterschiede im Alter, der KHK Prävalenz oder zugrundeliegender Risikofaktoren erklärt werden können, könnte eine weniger typische Symptomprä-

sentation bei weiblichen Brustschmerzpatienten eine Erklärung sein. Dies resultiert in unserer Stichprobe jedoch nicht in einer suboptimalen Versorgung weiblicher, sondern in einer Überversorgung männlicher Patienten.

P 1-4-5
Hausarzt - Gutachter

A. Stein[1], W. Niebling[2], A. Klement[3], M. Becker[4], C. Jakasovic[1], J. Schelling[1], A. Standl[1], J. Hecht-Bohmann[1]
[1]LMU Allgemeinmedizin, München; [2]Uni Freiburg Leitung Allgemeinmedizin, Freiburg; [3]Uni Halle Leiter Lehrbereich Allgemeinmedizin, München; [4]Uni Karlsruhe Lehrbereich Allgemeinmedizin, München

Der Hausarzt als medizinischer Gutachter
20 % der hausärztlichen Arbeit sind im weitesten Sinne gutachterliche Tätigkeiten – jedoch oft unentgeltlich.

1. Rechte und Pflichten des Arztes
1. Sachkunde übermitteln, wissenschaftliche Anwendung
2. Durchführung von Untersuchungen
3. Rechte
4. Akteneinsicht
5. Zeugenbefragungen
6. Sitzungsteilnahme

2. Auftraggeber:
1. Privatpersonen
2. Versicherungen, z. B. AU
3. Schlichtungsstellen (z. B. LÄK)
4. Behörden und Ämter
5. Staatsanwaltschaft
6. Sozialgericht
7. Verwaltungsgericht
8. Arbeitsgericht
9. Zivilgericht
10. Strafgericht
11. Betreuungsrecht

3. spezielle Gutachteraufträge zur/zum:
- Geschäftsfähigkeit
- Testierfähigkeit
- Haftfähigkeit
- Verhandlungs- und Prozeßfähigkeit
- Betreuungsbedürftigkeit
- Unterbringungspflichtigkeit
- Frage nach freiheitsentziehenden bzw. –einschränkenden Maßnahmen
- Schuldfähigkeit und Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik bzw. Entziehungsanstalt
- Miet- und Umzugsfähigkeit
- Feststellung / Verneinung von ärztlichen Behandlungsfehlern
- Arbeitsfähigkeit
- Prüfungstauglichkeit
- Abschiebung
- Renten- und Schwerbehindertenrecht
- Pflegeversicherungsstufe

4. Ärztlicher Befundbericht
- Sozialanamnese
- Körperliche Fremdanamnese
- Körperliche Eigenanamnese
- Körperliche Befunddarstellung
- psychiatrische Fremdanamnese
- psychiatrische Eigenanamnese
- Drogen- + Alkoholanamnese (allg. + spez.)
- Sexualanamnese
- Psychiatrischer Befund
- Medikamente früher, aktuell + „Tatzeitpunkt“

5. Abschließende Bewertung der erhobenen Befunde
- kurze Zusammenfassung der Highlights als Begutachtungsergebnis
- Bewertung von Fremdbefunden (z. B. Arztbriefen)
- konkrete Beantwortung der gestellten Fragen (Cave – Überschreitung) niemals rechtl. Bewertung (V.a. Befangenheit)
- Empfehlung weiterer Gutachter für fachspezifische Fragen
- Literatur

6. Haftung des Gutachters
Art. 2 GG, §§ 202 StGB, 823 BGB

7. Honorar
3-Monats-Frist zur Einreichung der Honorarforderung
Festsetzung durch das Gericht nach Antrag des Gutachters
Abrechnung nach den Regelungen des JVEG bzw. den Honorarklassen M1 – M3 + Kosten + MwSt

P 1-4-6
Begutachtung - Verhandlungsfähigkeit

A. Stein[1], W. Niebling[2], M. Becker[3], C. Jakasovic[1], J. Hecht-Bohmann[1], A. Klement[4], J. Schelling[1], A. Standl[1]
[1]LMU Allgemeinmedizin, München; [2]Uni Freiburg Leitung Allgemeinmedizin, Freiburg; [3]Uni Karlsruhe Lehrbereich Allgemeinmedizin, München; [4]Uni Halle Leiter Lehrbereich Allgemeinmedizin, München

Hausarzt als Gutachter für die Verhandlungsfähigkeit

1. Einleitung
- Aufgaben:
  - Sachkunde übermitteln und wissenschaftlich anwenden
  - Durchführung spezieller Untersuchungen
- Rechte:
  - Akteneinsicht
  - Zeugeneinvernahme
  - Sitzungsteilnahme

2. Voraussetzungen für die Verhandlungs- und Prozeßfähigkeit
- Gesetzeslage
- Rechtsprechung
- medizinische Standards

3. Pflichten des Sachverständigen
- gegenüber STA und Gericht

- Nicht gegenüber Polizei
- Zeugnisverweigerungsrecht
- CAVE: Schweigepflicht

4. Auswahl des Sachverständigen:
1. Fachgebiet – Geeignetheit
2. Zuverlässigkeit
3. Unabhängigkeit
4. Objektivität
1. – 4. evtl. Ablehnung

5. klarer Gutachtensauftrag:
- Leistungsinhalt
- Beschränkung
- Fragestellung
- Terminfestsetzung
- personengebunden
- CAVE: Überschreitung

6. rechtswidrige Verweigerung
- Ordnungsgeld
- Kosten

7. Untersuchung von Personen
- vor „Zwangsunterbringung" immer
- auch gegen den Willen
  CAVE: Nachteile für die Gesundheit
- auf Zweck begrenzt, Schamgefühl
- lege artis – nicht Narkose
- Verhältnismäßigkeit
  unproblematisch: EEG, EKG, Röntgen, körperliche Untersuchung
- zweifelhaft: Gehirn- + RM-flüssigkeitsentnahme, Pneumencephalographie
- unerlaubt: Phallographie, Angiographie
  Zwangsmaßnahme, z.B. durch Polizei – nicht durch den Arzt

8. Sitzungsteilnahmen
- Teilnahmeberechtigung
- Fragerecht
- Sachvortrag mit medizinischer Wertung
  CAVE: rechtliche Wertung

9. Ärztlicher Befundbericht
- Sozialanamnese
- Körperliche Fremdanamnese
- Körperliche Eigenanamnese
- Körperliche Befunddarstellung
- psychiatrische Fremdanamnese
- psychiatrische Eigenanamnese
- Drogen- + Alkoholanamnese
- Sexualanamnese
- Psychiatrischer Befund
- Medikamente früher, aktuell + „Tatzeitpunkt"

10. Abschließende Bewertung + Beantwortung der beauftragten Gutachtensfragen
- Zusammenfassung der Highlights
- Bewertung von Fremd- und Vorbefunden
- konkrete Beantwortung der gestellten Fragen
- niemals rechtl. Bewertung
- Literatur

11. Honorarabrechnung
JVEG (M1 – M3) zzgl. Kosten + MwSt

12. Haftungsgrundlage
Art. 2 GG, §§ 202, 203 StGB, 823 BGB

P 1-4-7
Begutachtung - Betreuungsrecht

A. Stein[1], W. Niebling[2], M. Becker[3], J. Hecht-Bohmann[1], C. Jakasovic[1], A. Klement[4], J. Schelling[1], A. Standl[1]
[1]LMU Allgemeinmedizin, München; [2]Uni Freiburg Leitung Allgemeinmedizin, Freiburg; [3]Uni Karlsruhe Lehrbereich Allgemeinmedizin, München; [4]Uni Halle Leiter Lehrbereich Allgemeinmedizin, München

Hausarzt als Gutachter im Betreuungs- und Unterbringungsrecht (Zivilrecht)

1. Rechtsgrundlagen
1.1 Betreuungsanordnung gem. § 1896 BGB
Voraussetzungen:
- Körperliche, geistige oder seelische Behinderung, mit der Folge, daß Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgt werden können
- Nicht zu einer freien Willensbildung befähigt
- Freiwillige Betreuung denkbar (körp. Leistungsdefizite)
- Nur im Rahmen der Notwendigkeit (Aufgabenbereiche)
- fehlende Vollmacht

1.2 Zwangsunterbringung gemäß § 1906 BGB
„untergebrachte Patienten" sind Kranke; d.h. der Unterbringungszweck muß durch die geringsten Eingriffe in die persönl. Freiheit erreicht werden – Art. 20 GG
Anspruch auf erforderl. Heilbehandlung

Cave: Zwang - Verhältnismäßigkeit

1.3 Sofortige vorläufige Unterbringung (Landesgesetz)
- Voraussetzung: Dringlichkeit
- Durchführung: Anordnung durch Behörde – Ordnungsamt; Polizei wenn unaufschiebar

2. Auswahl des Sachverständigen:
1. Fachgebiet – Geeignetheit
2. Zuverlässigkeit
3. Unabhängigkeit
4. Objektivität

3. Untersuchung von Personen
- vor „Zwangsunterbringung" immer
- auch gegen den Willen
  CAVE: Nachteile für die Gesundheit
  - auf Zweck begrenzt
  - lege artis – nicht Narkose
  - Verhältnismäßigkeit

4. Ärztlicher Befundbericht
- Sozialanamnese
- Körperliche Fremdanamnese
- Körperliche Eigenanamnese
- Körperliche Befunddarstellung
- psychiatrische Fremdanamnese
- psychiatrische Eigenanamnese
- Drogen- + Alkoholanamnese (allg. + spez.)
- Sexualanamnese
- Psychiatrischer Befund
- Medikamente früher, aktuell

5. Abschließende Bewertung + Beantwortung der beauftragten Gutachtensfragen
- kurze Zusammenfassung (Highlights)
- konkrete Beantwortung der gestellten Fragen (freie Willensbildung) niemals rechtl. Bewertung
- Literatur

6. Haftung des Arztes
Art 2 GG, §§ 202, 203 StGb, 823 BGB

7. Abrechnung nach JVEG (Justizvergütungs- bzw. entscheidungsgesetz)
3-Monats-Frist zur Einreichung der Honorarforderung
Vergütung des Sachverständigen pro Stunde, gemäß § 9 JVEG
Honorargruppe Euro
M 1 50 (Verlängerung einer Betreuung)
M 2 60 (Anordnung und Erweiterung)
M 3 85 (Unterbringungsverfahren)

Session P 2
Posterbegehungen 2
Samstag, 25. September 2010

Session P 2-1
Versorgung älterer Menschen
Samstag, 25. September 2010
11:15 - 12:15

P 2-1-1
Die Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase - Qualitative Interviews mit Hinterbliebenen

M. Schumacher, N. Schneider
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung - Arbeitsgruppe Versorgung im letzten Lebensabschnitt, Hannover

Einleitung: Die angemessene Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase ist eine der großen Herausforderungen im Gesundheitssystem. Ziel dieser Studie war es, die Sichtweisen der Hinterbliebenen von verstorbenen älteren Menschen zu explorieren. Im Mittelpunkt standen die Fragen: Welche Erfahrungen wurden in den letzten Phasen vor dem Tod des älteren Angehörigen gemacht? Welche Erwartungen werden an die Versorgung im Alter gerichtet, fokussiert auf Situationen am Lebensende?
Methoden: Qualitative, leitfadengestützte Interviews mit Angehörigen von 12 kürzlich verstorbenen älteren Menschen (60 Jahre und älter), bei denen chronisch-progrediente Krankheitsverläufe vorausgingen. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.
Ergebnisse: Die Hinterbliebenen empfanden die Versorgung der älteren Menschen in der letzten Lebensphase in unterschiedlicher Hinsicht als inadäquat. Kritisiert wurde ein Nebeneinander von Überversorgung (z. B. Hautkrebsdiagnostik bei absehbar stark begrenzter Lebenserwartung) und Unterversorgung (z.B. unzureichende Schmerztherapie, zuwendungsorientierte Pflege, Gespräche). Die Versorgung erfolgte nach Wahrnehmung der Angehörigen teilweise über die Köpfe der Betroffenen hinweg. Primäre Bezugsperson im professionellen Gesundheitssystem war in allen Fällen der Hausarzt. Zwei der 12 Verstorbenen hatten eine Patientenverfügung.
Diskussion: Aus Sicht der Angehörigen bestehen relevante Defizite bei der Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase. Kritisiert wird eine unangemessene Prioritätensetzung mit Vernachlässigung von palliativ-begleitenden Maßnahmen, Gesprächen und Zuwendung. Zwischen den Erwartungen der Betroffenen und den Maßnahmen der Behandlern besteht eine Diskrepanz hinsichtlich der Inhalte, Ziele und Möglichkeiten der Behandlung.
Schlussfolgerungen: Patientenverfügungen könnten als Kommunikations- und Planungshilfe stärker genutzt werden, um den Austausch zwischen Patienten, Angehörigen und Gesundheitsprofessionen zu Versorgungsfragen in der letzten Lebensphase zu intensivieren. System- und kulturbedingte Barrieren (z.B. Primat technisch orientierter Medizin) sind zu überwinden, damit im Versorgungsalltag von Ärzten und Pflegekräften mehr Raum und Zeit für palliativ-begleitende Maßnahmen bleiben.

P 2-1-2
„Das Altern entschlüsseln" – ein wichtiges Zukunftsfeld im BMBF-Foresight-Prozess

H. C. Vollmar[1,2], P. Georgieff[3], B. Hüsing[3], A. Beyer-Kutzner[4], K. Cuhls[5]
[1]Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Standort Universität Witten/Herdecke, Witten; [2]Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) Competence Center Neue Technologien, Karlsruhe; [3]Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) Competence Center Neue Technologien, Karlsruhe; [4]Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Referat 113, Berlin; [5]Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (DZNE) Competence Center Innovations- und Technologie-Management und Vorausschau, Karlsruhe

Einleitung: Von 2007-2009 wurde für das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ein Foresight-Projekt durch die Fraunhofer Institute für System- und Innovationsforschung (ISI) sowie Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) durchgeführt. Ziel war, in einem explorativen Prozess zukünftig relevante Forschungsthemen zu identifizieren. Hier wird die Entstehung des Zukunftsfelds „Das Altern entschlüsseln"

skizziert, welche Erwartungen in den nächsten 10-20 Jahre damit verbunden sind und welche Implikationen sich daraus für die Allgemeinmedizin ergeben könnten.
Methoden: Im Prozess wurden klassische Foresight-Methoden eingesetzt, erweitert um innovative Elemente wie z.B. ein internationales Monitoring [1]. Ausgehend von Zukunftsthemen in etablierten Forschungsfeldern wurden Querschnittsaspekte herausgearbeitet, die Ansatzpunkte für Forschungs- und Innovationsfelder übergreifende Gebiete aufzeigen. In der kontinuierlichen Gesamtschau der Ergebnisse aus Literaturrecherche, bibliometrischer Analysen und Expertenbefragungen entwickelte sich das Zukunftsfeld Altern.
Ergebnisse: Die Alternsforschung hat eine lange wissenschaftliche Tradition, welche durch die rasanten Entwicklungen in den Biowissenschaften neue Impulse erhalten hat. In dem neuen Zukunftsfeld geht es weniger um den demografischen Wandel als vielmehr um die biologischen Prozesse des Alterns, die Auswirkungen dieser Alterungsprozesse in allen Phasen des Lebens und die Innovationspotenziale und Probleme, die sich aus diesen Entwicklungen ergeben können, z.B. durch die Verlängerung von Gesundheits- oder Lebensspanne.
Schlussfolgerung: Alternsforschung mit breiter Ausrichtung wird ein wirtschaftlich und gesellschaftlich relevantes Forschungsthema bleiben. Durch erwartete Ergebnisse aus der Grundlagenforschung wird die Dynamik eher zunehmen. Es bedarf einer sozialwissenschaftlichen Begleitung sowie der ethischen, gesellschaftlichen und politischen Reflexion der alternsbiologischen Forschung und ihrer Potenziale.

Quellenangabe
[1] Cuhls, K.; Beyer-Kutzner, A.; Ganz, W.; Warnke, P. (2009): The methodology combination of a national foresight process in Germany. In: Technological Forecasting & Social Change 76, S. 1187-1197

P 2-1-3
Eine komplexe Intervention bei älteren, multimorbiden Patienten mit Multimedikation war in der Hausarztpraxis praktikabel: die Perspektive von Hausärzten/innen in einer cluster-randomisierten Pilotstudie (PRIMUM; BMBF-Fkz: 01GK0702)

A. Namyst[1], A. Ziegemeyer[1], C. Güthlin[1], B. Werner[1], S. Harder[2], W. E. Haefeli[3], J. Rochon[4], M. Beyer[1], A. Erler[1], F. M. Gerlach[1], M. van Den Akker[5], C. Muth[1]
[1]Institut für Allgemeinmedizin Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main; [2]Institut für Klinische Pharmakologie / ZAFES Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main; [3]Abteilung Klinische Pharmakologie & Pharmakoepidemiologie Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; [4]Institut für Medizinische Biometrie und Informatik Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; [5]Netherlands School of Primary Care Research – CaRe, Department of General Practice Maastricht University, Maastricht (Niederlanden)

Einleitung: Multimedikation als häufige Folge von Multimorbidität ist ein zentrales Problem in der Hausarztpraxis. Um die Angemessenheit der medikamentösen Verordnungen zu verbessern, wurde in der PRIMUM-Pilotstudie (PRIorisierung und Optimierung von MUltimedikation bei Multimorbidität) eine komplexe Intervention aus folgenden Komponenten entwickelt: (1.) ein Prä-Konsultationsgespräch anhand der Medikations-Monitoring-Liste (MediMoL) und (2.) eine Überprüfung der eingenommenen Medikamente durch Medizinische Fachangestellte (MFA), (3.) der Einsatz eines internetbasierten Computersystems (AiD+, ArzneimittelinformationsDienst) sowie (4.) ein Hausarzt-Patienten-Gespräch zu medikationsbezogenen Problemen auf Basis von (1.)-(3.). Die Praktikabilität der Intervention für Hausärzte/innen wurde in einer 12-monatigen kontrollierten Machbarkeitsstudie geprüft.
Methoden: Die Interventionsgruppe bestand aus 10 hessischen Hausärzten/innen und 50 Patienten/innen. Nach Interventionen wurden Zeitaufwand (Selbstauskunft) und Zufriedenheit (6-stufige Likert-Skala) der Hausärzte/innen erhoben. Nach Abschluss der Studie wurden Hausärzte/innen leitfadengestützt zu ihren Erfahrungen und Problemen mit der Intervention interviewt. Die Brauchbarkeit von MediMoL und AiD+ wurden mittels Fallvignette und Kurzfragebogen (Schulnoten-Bewertung) untersucht. Während Hausärzte/innen die Medikation der Fallvignette optimierten, wurden sie gebeten, laut zu denken. Erforderliche Hilfen wurden protokolliert. Die tonbanddokumentierten Interviews wurden transkribiert und quantitativ inhaltsanalytisch ausgewertet, die Analyse quantitativer Daten erfolgte deskriptiv.
Ergebnisse: Bei 39/50 Interventionen waren die Hausärzte/innen mindestens „zufrieden" (7/50 „eher zufrieden", 1/50 „eher unzufrieden", 3/50 k.A.) mit der Intervention und berichteten einen Zeitaufwand von durchschnittlich 15 (Interquartilsabstand 10-30) Minuten für die Vorbereitung und 20 (15-30) Minuten für das Hausarzt-Patienten-Gespräch. Die weiteren Ergebnisse liegen zur Präsentation vor.
Diskussion: Komplexe Interventionen bedürfen einer schrittweisen Evaluation. Systematische Pilotierungen liefern Hinweise auf Anpassungsbedarf.
Schlussfolgerungen: Es wird erwartet, dass die Intervention für Hausärzte/innen praktikabel ist und sich konkreter Anpassungsbedarf für Interventionsinstrumente inkl. -schulungen identifizieren lässt.

P 2-1-4
Partizipative Entscheidungsfindung bei Bluthochdruckpatienten - ein systematisches Review

L. Diemer, A. Loh, A. Buchholz, W. Niebling, T. Dürk
Universitätsklinikum Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Bereich Forschung, Freiburg

Hintergrund: Bluthochdruck und damit assoziierte Folgeerkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen weltweit. Die zumeist mangelnde Therapieadhärenz stellt eine große Barriere bei der effektiven Behandlung des Bluthochdrucks dar. Studien zeigen, dass eine partizipative Entscheidungsfindung (PEF) einen Einfluss auf Therapietreue und andere Ergebnisvariablen haben kann. Ein systematischer Literaturüberblick zu Einsatz und Wirkung einer PEF bei Bluthochdruckpatienten steht bislang noch aus.

Methode: In einer systematischen Literaturrecherche in der Datenbank Medline (Suchbegriffe "shared decision-making" OR "patient participation" OR "patient involvement" AND "hypertension") bis November 2008 wurden Studien identifiziert, die sich mit dem Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung in der Bluthochdrucksbehandlung auseinandersetzen.
Ergebnisse: Von den 107 identifizierten Studien erfüllten 20 die Einschlusskriterien. Neun dieser Studien sind Interventionsstudien, davon sieben randomisiert-kontrollierte Studien, ein before-after-trial und eine kontrollierte Studie. Daneben finden sich elf Querschnittsstudien, die zusammengefasst ein hohes Informations- und ein moderates Beteiligungsbedürfnis bei Bluthochdruckpatienten zeigen. Die verwendeten Interventionen umfassten Patienteninformationen (vier Studien), Entscheidungshilfen (zwei Studien), Managed-Care-Modelle (drei Studien) sowie Ärzteschulungen (zwei Studien). In sechs Studien wurden die Blutdruckwerte untersucht. Hierbei zeigten sich in zwei Studien signifikante Interaktionseffekte, eine Studie zeigte einen signifikanten Interventionseffekt. In drei von fünf Studien zur Adhärenz wurde eine signifikante Verbesserung erzielt. Das Wissen über Hypertonie wurde in vier von fünf Studien signifikant verbessert. Die uneinheitlichen Ergebnisse können durch Unterschiede der Interventionen sowie dem Aufbau und der methodischen Qualität der Studien (mit-)bedingt sein.
Diskussion: Die Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung in der Behandlung chronischer Erkrankungen spielt eine zunehmend größere Rolle. Aufgrund der unklaren Befundlage hinsichtlich der Wirkung der PEF in der Bluthochdruckbehandlung sollte eine detaillierte Analyse der Wirkfaktoren erfolgen.

P 2-1-5
Die hausärztliche Vertrautheit mit dem Patienten – eine mögliche Barriere bei der Erkennung kognitiver Defizite?

M. Pentzek[1], A. Fuchs[1], J. in der Schmitten[1], A. Wollny[2]
[1]Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; [2]Universität Rostock, Medizinische Fakultät Institut für Allgemeinmedizin, Rostock

Einleitung: Oftmals wird der besondere Kontakt des Hausarztes zu seinen Patienten (gutes Kennen, enge Arzt-Patient-Beziehung) als Vorteil gesehen, um kognitive Defizite früh zu erkennen. Begründet wird dies durch die Möglichkeit, bei regelmäßigen Kontakten auch leichte Veränderungen feststellen, Gedächtnisprobleme ansprechen und Angehörigenberichte einholen zu können. In zwei methodischen Schritten wurden mögliche Kehrseiten ergründet.
Methoden: Dreistufige Analyse narrativer Interviews mit Hausärzten zu Situationen und Erlebnissen mit an Demenz erkrankten Personen. Anschließende systematische Literaturrecherche qualitativer Studien mit Hausärzten zum Thema Demenz.
Ergebnisse: Aus Interviewanalysen und Literaturrecherche ergeben sich zwei Wege, auf welchen das Erkennen kognitiver Defizite durch eine enge Arzt-Patienten-Beziehung erschwert werden kann: Erstens kann das Gefühl des Hausarztes, einen Patienten gut zu kennen, dazu führen, an einem lange bekannten Bild vom Patienten festzuhalten und neue Defizite zu übersehen. Zweitens kann Nähe auch verhindern, dass man erste unspezifische Hinweise ernst nimmt und weiter verfolgt, z.B. um die Beziehung zu Patient und Angehörigen nicht zu belasten.
Diskussion: Bisher wurden Gefahren der hausärztlichen Nähe zum Patienten hauptsächlich im Rahmen der Demenz-Aufklärung beschrieben (Stichwort „Tabuisierung"). Unsere Ergebnisse zeigen, dass bereits bei der Erkennung kognitiver Defizite Probleme auftauchen können, wenn der Hausarzt Patient und Familie eng verbunden ist.
Schlussfolgerungen: Regelmäßige A-P-Kontakte und eine gute Kenntnis des Patienten können zwar einerseits die (Früh)Erkennung kognitiver Defizite erleichtern; die Kehrseite wurde bislang jedoch nicht thematisiert, entsprechende Studienergebnisse nicht ausreichend berücksichtigt. Hausärzte sollten für die Risiken einer engen A-P-Beziehung in Fortbildungs- und Interventionsmaßnahmen sensibilisiert werden.

P 2-1-6
Stellenwert der Patientenmotivation in der hausärztlichen Hypertonie-Therapie

M. Füller[1], W. Niebling[1], K. - G. Fischer[2], A. Loh[1], S. Beck[1], K. Böhme[1], T. Dürk[1], A. Buchholz[1], I. Tinsel[1]
[1]Universitätsklinik Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg; [2]Universitätsklinik Freiburg Medizin IV Nephrologie, Freiburg

Einleitung: Bluthochdruck stellt nicht nur in Deutschland ein großes Problem dar. So wurden in Europa die durch Hypertonie verursachten Todesfälle auf 35% der Gesamttodesfälle geschätzt (1). Dennoch werden in Deutschland nur 40% der an Hypertonie Erkrankten kontrolliert therapiert (2). Einer der Hintergründe wird in der unzureichenden Behandlungsmotivation der Patienten gesehen.
Methodik: Bei einer Querschnittserhebung im Rahmen der Studie „Optimierung der Blutdruckeinstellung durch Implementierung von Partizipativer Entscheidungsfindung" wurden Daten von 953 medikamentös therapierten Hypertoniepatienten aus 32 Hausarztpraxen ausgewertet. Neben soziodemografischen Merkmalen und Gesundheitsverhalten wurden die kognitiven Variablen der Motivation mittels Intention-to-treat-hypertension-Index (3) erhoben, der Items zur Risikowahrnehmung (RW), Handlungsergebniserwartung (HEE) und Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) beinhaltet. Zusätzlich erfolgte die Praxisblutdruckmessung durch die Arztpraxen selbst. Die Auswertung der erhaltenen Daten erfolgte mit deskriptiven Analysen.
Ergebnisse: Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 64,9 Jahren. An der Studie nahmen 42% Männer teil. Bei 63% der Patienten lagen die Praxis-Blutdruckmesswerte bei ≥140/90mmHg, der Bluthochdruck war damit trotz medikamentöser Therapie nicht ausreichend kontrolliert. Weiterhin zeigte sich, dass die Studienteilnehmer zwar eine sehr hohe Motivation zu ihrer Therapie angaben (MW (RW)=4,8; MW (HEE)=4,3; MW (SWE)=4,2 bei jeweils max. 5 zu erreichenden Punkten), diese jedoch in keinem Zusammenhang mit der

Blutdruckeinstellung stand (Korrelationskoeffizient nach Spearman für RW=0,005; HEE=0,009; SWE=-0,063).

Diskussion: Die Ergebnisse liefern Hinweise dafür, dass Hypertoniepatienten eine hohe Therapiemotivation zeigen, sich dies jedoch nicht signifikant in einer guten Bluteinstellung gemessen in der hausärztlichen Praxisblutdruckmessung widerspiegelt.

Schlussfolgerung: Die hohe Therapiemotivation ist eine günstige Voraussetzung für die aktivere Einbeziehung der Patienten z.B. im Rahmen einer Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF). Diese Vorgehensweise, bei der sich Arzt und Patienten gemeinsam auf einen individuellen Behandlungsplan festlegen, könnte dazu beitragen, die Blutdruckeinstellung von Hypertoniepatienten zu optimieren.

Quellenangabe

(1) Lawes CMM., Vander Hoorn S., Rodgers A. (2008) Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet 2008; 371: 1513-1518

(2) Wang YR., Alexander GC, Stafford RS. (2007) Outpatient Hypertension Treatment, Treatment Intensification, and Control in Western Europe and the United States. Arch. Intern. Med. 2007; 162: 141-147

(3) Naik AD., Kallen MA., Walder A., Street RL Jr. (2008) Improving Hypertension Control in Diabetes Mellitus - The Effects of Collaborative and Proactive Health Communication . Circulation 2008; 117: 1361-1368

P 2-1-7

Das erste Jahr nach dem Schlaganfall zu Hause – eine Analyse der Versorgungssituation. Ergebnisse aus MultiCare, Teilprojekt 3, Forschungsverbund „Gesundheit im Alter“ (BMBF - 01ET0725)

A. Barzel[1], G. Ketels[2], H. Krüger[2], B. Tetzlaff[1], B. Winkelmann[1], A. - C. Wichmann[2], M. Rosenkranz[3], C. Gerloff[3], M. Supplieth[4], G. Schön[4], H. van Den Bussche[1]

[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg; [2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Physiotherapie, Hamburg; [3]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Klinik und Poliklinik für Neurologie, Hamburg; [4]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Hamburg

Einleitung: Schlaganfall ist die häufigste Ursache für Behinderung im Erwachsenenalter. Während die meisten klinischen Studien auf die Akuttherapie oder einzelne Therapiemaßnahmen zielen, gibt es in Deutschland bislang nur wenige Daten über die Alltagsprobleme von Schlaganfallpatienten. Ziel dieser Machbarkeitsstudie ist die Analyse der Versorgungssituation im ersten Jahr nach dem Schlaganfall zu Hause. Mit den betreuenden Hausärzten wird eruiert, welche Maßnahmen der Unterstützung sinnvoll und praktikabel sind.

Methoden: Patienten nach akutem Schlaganfall, älter als 65 Jahre, mit bestehenden Beeinträchtigungen und Entlassung ins häusliche Umfeld wurden konsekutiv in die Studie eingeschlossen. Die Datenerhebung (4 Wochen nach Rückkehr ins häusliche Umfeld, 6 und 12 Monate später) erfolgte bei Hausbesuchen mittels standardisierter Instrumente zu den Folgen nach dem Schlaganfall, Alltagsfunktion, Lebensqualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Komorbidität, Risikofaktoren und Depression. Die Hausärzte wurden zur Versorgungssituation ihrer Patienten befragt, erhielten verschiedene Unterstützungsangebote und einen ICF basierten Dokumentationsbogen über die Entwicklung und Ziele ihrer Patienten.

Ergebnisse: Von 69 Patienten, im Mittel 73,2 Jahre alt, sind 56,5% männlich, 29% alleinlebend, 98% haben eine Pflegestufe. Die Beeinträchtigung als Folge des Schlaganfalls liegt laut Barthel-Index bei 78 Punkten (MW), nach der Modified Rankin Scale (1=gering bis 5=schwer) bei 2,7 (MW). 60% der Patienten fühlen sich von ihren Hausärzten gut versorgt, 23% meinen, gute Empfehlungen in Bezug auf den Schlaganfall von ihnen erhalten zu haben. Die Kommunikation mit den Hausärzten über ihre Ziele erleben die Patienten als unbefriedigend. Die Hausärzte bewerten die Dokumentationsbögen überwiegend positiv.

Diskussion: Diese Studie gibt umfassende Einblicke in die Alltagssituation der Patienten und stellt die Sicht der sie versorgenden Hausärzte dar. Die Kommunikation zwischen Patienten und ihren Hausärzten, insbesondere über Ziele sollte verbessert werden. Der Dokumentationsbogen könnte ein geeignetes Instrument sein.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse werden genutzt, um für den primärärztlichen Bereich relevante Fragestellungen zu formulieren. Eine Interventionsstudie zur Indikation und Verordnung von Therapie wurde bereits konzipiert.

P 2-1-8

Ältere hausärztliche Patienten mit inzidentem Schwindel: eine prospektive follow-up Studie

J. Sczepanek, E. Hummers-Pradier, C. Kruschinski

Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Einleitung: Über die Ursachenhäufigkeit von neu aufgetretenem Schwindel bei Älteren und den Verlauf der Beschwerden ist wenig bekannt. Ziel der Untersuchung war es, Beeinträchtigungen solcher Patienten im Verlauf darzustellen sowie Managementstrategien und Diagnoseangaben der konsultierten Hausärzte zu erfassen.

Methoden: n=77 Patienten (Alter: 65+) aus n=21 Hausarztpraxen wurden über ein Jahr konsekutiv rekrutiert und beantworteten an insgesamt drei Zeitpunkten (0, 4 Wochen, 6 Monate) einen ausführlichen Fragebogen. Dieser beinhaltete Items zur Art des Schwindels, schwindelbezogenen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und einer Vielzahl anderer Parameter. Die Hausärzte dokumentierten ihre Verdachtsdiagnosen und ihr weiteres Vorgehen. Mittels Chart-Review und standardisierten Interviews nach 6 Monaten wurden u.a. Modifizierungen der Diagnosen im Verlauf ermittelt.

Ergebnisse: Von n=69 geeigneten Teilnehmern wurde in n=66 Fällen ein vollständiges follow-up erhoben. Multikausaler Schwindel fand sich initial am häufigsten (20/69), kardiogener oder halswirbelsäulenbedingter Schwindel fand sich in je 9/69 Fällen, benigner Lagerungsschwindel sechsmal; letzterer wurde nach erfolgter Überweisung im Verlauf zwei weitere Male diagnostiziert. N=22/66 Teilnehmer wiesen zum 6-Monatszeitpunkt keinen Schwindel mehr auf. „Chronifizierung“

(n=44/66) war in einer multivariaten Analyse negativ assoziiert mit (zum Zeitpunkt 0 erhobener) Angst (OR 0,01; 95%KI: 0,00-0,43) und dem Vertrauen auf Hilfe durch den Arzt (0,37; 0,15-0,94), positiv mit allgemeinem „Handicap" durch Schwindel (1,24; 1,05-1,47).
Diskussion: Ursachen für inzidenten Schwindel bei Älteren und in der hausärztlich-ambulanten Versorgung folgen einer anderen Häufigkeitsverteilung als aus Spezialambulanzen bekannt.
Schlussfolgerungen: Auf der Basis der genannten „yellow flags" kann eine mögliche Chronifizierung leichter vorhergesagt werden. Gleichzeitig sollte bei inzidentem Schwindel eine sorgfältige Symptomevaluation im Hinblick auf verhältnismäßig gut behandelbaren benignen Lagerungsschwindel erfolgen.

P 2-1-9
Partizipative Entscheidungsfindung bei der Beratung zur Patientenverfügung in der hausärztlichen Praxis.

T. Dürk, J. Kracht, F. Koelbing, A. Buchholz, I. Tinsel, K. Böhme, W. Niebling, A. Loh
Uniklinik Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

Einleitung: Patientenverfügung als Mittel der Selbstbestimmung am Lebensende vor dem Hintergrund einer zunehmend technisierteren Medizin wurde in den letzten Jahren verstärkt diskutiert. Seit September 2009 ist die Patientenverfügung gesetzlich geregelt. Eine ärztliche Beratungspflicht ist nicht vorgeschrieben. Allerdings wird eine ärztliche Beratung von vielen Seiten empfohlen.
Ziel dieser Pilotstudie im Rahmen des vom BMBF geförderten Projektes zur Umsetzung des Modells der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) in der hausärztlichen Praxis bei der Beratung zur Patientenverfügung ist es, neu entwickelte Instrumente zu evaluieren.
Methoden: Durchführung einer Schulung der teilnehmenden Hausärzte in PEF und einem selbstentwickelten Computerprogramm zur Erstellung der Patientenverfügung. Beratung der Patienten zur Erstellung der Patientenverfügung unter Zuhilfenahme von Decision Boards. Von 100 teilnehmenden Patienten wurden die Fragebögen „Decisional Conflict Scale" und „Satisfaction with Decision Scale" nach dem Beratungsgespräch ausgefüllt.
Ergebnisse: In der überwiegend weiblichen und nicht mehr berufstätigen Gruppe konnte ein niedriges Ausmaß an Entscheidungskonflikt und ein hohes Ausmaß an Patientenzufriedenheit gemessen werden.
Diskussion: Die vorliegende Studie umfasst als Pilotstudie eine relativ kleine Stichprobe, daher ist eine allgemeine Aussage ohne weitere Daten noch nicht möglich.
Schlussfolgerungen: Aufgrund des hohen Ausmaßes an Zufriedenheit lässt sich schließen, dass das Konzept der Beratung zur Patientenverfügung durch den in PEF geschulten Hausarzt viel versprechend ist. Um repräsentativere Aussagen zu erhalten, ist eine randomisiert - kontrollierte Studie durchzuführen.

P 2-1-10
Hausärztliche Palliativversorgung: Eine Positionierung

N. Schneider
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung - Arbeitsgruppe Versorgung im letzten Lebensabschnitt, Hannover

Einleitung: Die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase ist eine elementare, aber vernachlässigte Aufgabe des Gesundheitssystems in Deutschland wie in vielen anderen Ländern auch. Defizite in diesem Bereich sind ist den letzten Jahren zunehmend in das Bewusstsein von Politik, Öffentlichkeit und Fachkreisen gerückt, einhergehend mit nachdrücklichen Forderungen, die Palliativversorgung weiter auszubauen. Ziel dieses Beitrages ist es, eine hausärztliche Positionierung in diesem Feld vorzunehmen.
Methoden: Vorgestellt und diskutiert werden Ergebnisse selektiver Literaturecherchen und eigener qualitativer und quantitativer empirischer Arbeiten.
Ergebnisse und Diskussion: Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gesetzlich verankert. Damit sollen die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden im häuslichen Umfeld verbessert und die Zahl der Krankenhauseinweisungen reduziert werden. Der tatsächliche Bedarf an SAPV ist unklar. Expertenschätzungen folgend kommt sie für ca. 10% aller Schwerstkranken und Sterbenden in Betracht. Für die weitaus meisten Menschen steht in der letzten Lebensphase keine spezialisierte Versorgung im Vordergrund, sondern die hausärztliche und pflegerische Primärversorgung (primary palliative care). Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für die Patienten und ihre Angehörigen; sie in der letzten Lebensphase zu begleiten, gehört zum Selbstverständnis hausärztlicher Tätigkeit. Allerdings fehlt es primary palliative care bislang an Akzeptanz und Anerkennung in Politik, Fachkreisen und Öffentlichkeit. Dies zeigt sich nicht nur in den Vergütungssystemen, sondern auch in der insgesamt mangelnden Wertschätzung der in vielerlei Hinsicht intensiven und anspruchsvollen hausärztlichen Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase und ihrer Angehörigen.
Schlussfolgerungen: Die hausärztliche Palliativversorgung benötigt ein eigenes Selbstverständnis und eine professionelle Identität. Dafür ist es erforderlich, das Feld von primary palliative care auf akademischer und praktischer Ebene weiterzuentwickeln.

P 2-1-11
Die Vertreterverfügung – ein neues Instrument zur Realisation des Auftrags von Betreuern dauerhaft entscheidungsunfähiger Menschen im Sinne des zum 01.09.2009 in Kraft getretenen Gesetzes zur Patientenverfügung

J. in der Schmitten[1], S. Rothärmel[2], G. Marckmann[3]
[1]Universitätsklinik Allgemeinmedizin, Düsseldorf; [2]Inst. f. Bio-Gesundheits- und Medizinrecht Lehrstuhl für Deutsches, Europäisches u. Internationales Straf- u. Strafprozessrecht, Medizin- u. Biorecht, Augsburg; [3]Universitätsklinik Institut für Ethik in der Medizin, Tübingen

Hintergrund: Das am 01.09.09 in Kraft getretene Gesetz zur Patientenverfügung (BGBl I, S.2286) hat Betreuer von dauerhaft entscheidungsunfähigen Menschen beauftragt, stellvertretende Behandlungsentscheidungen auf dem Boden des dokumentierten oder mutmaßlichen Willens der Betroffenen zu fällen. Wesentliche Entscheidungen und ihre Gründe sollten jedoch im voraus bedacht und dokumentiert werden. Bisher ist dafür kein Format gebräuchlich.
Methoden: Es handelt sich um einen Workshopbericht aus dem BMBF-geförderten Projekt RESPEKT, das Advance Care Planning (ACP) in den vier Altenheimen einer Modellregion und ihren Versorgungspartnern im Rahmen einer kontrollierten inter-regionalen Studie implementiert. Wir entwickelten unter Berücksichtigung der spärlichen eruierbaren Literatur ein neues Format, welches durch einen interaktiven Lernprozess mit den Projektpartnern innerhalb eines Jahres zahlreiche Versionen bis zur Druckreife durchlaufen hat. Die Akzeptanz der Vertreterverfügung unter den Kooperationspartnern wird durch eine Fragebogenstudie untersucht.
Ergebnisse: Die Druckversion der Vertreterverfügung wird seit Januar 2010 in der Interventionsregion verwendet. Bis zum Kongresstermin werden die Ergebnisse der Fragebogenstudie und erste Auswertungen der vorliegenden Vertreterverfügungen vorliegen.
Diskussion: Die Erarbeitung von Vertreterverfügungen im Rahmen eines ACP-Prozesses erlaubt, den (mutmaßlichen) Willen der Betroffenen mit professioneller Begleitung im voraus zu klären und zu dokumentieren. Gerade Entscheidungen, zu denen Betreuer im Bedarfsfall aus Zeitgründen nicht befragt werden können, sind so im Rahmen einer Hausärztlichen Anordnung für den Notfall im voraus zu treffen. Ein qualifizierter, professionell begleiteter ACP-Prozess ist unverzichtbar, um willkürliche Entscheidungen auf anderer Grundlage als dem (mutmaßlichen) Willen des Betroffenen zu vermeiden.
Schlussfolgerung: Vertreterverfügungen sind ein neues Instrument, ohne das eine Umsetzung des Gesetzes zur Patientenverfügung in die Versorgungswirklichkeit von Altenheimen kaum möglich scheint.

Session P 2-2
Praxisepidemiologie
Samstag, 25. September 2010
11:15 - 12:15

P 2-2-1
KHK Ausschluss im hausärztlichen Versorgungsbereich – sind geschlechtsspezifische Scores von Nutzen?

S. Bösner, J. Haasenritter, K. Karatolios, J. Schäfer, M. Abu Hani, H. Keller, A. Sönnichsen, E. Baum, N. Donner-Banzhoff
Philipps - Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: Die Diagnose einer KHK stellt eine Herausforderung für Hausärzte dar. Wir untersuchten bei Patienten mit Brustschmerz die diagnostische Aussagekraft (KHK Ausschluss) genderspezifischer KHK Scores um Vergleich zum Marburger KHK Score.
Methoden: In die Studie eingeschlossen wurden 1212 konsekutive Brustschmerz Patienten über 35 Jahren aus 74 Hausarztpraxen. Die Hausärzte notierten Daten zu Anamnese und Befund; zusätzlich wurden Verlaufsdaten während einer sechsmonatigen Nachbeobachtungszeit erhoben. Ein unabhängiges Referenz Komitee analysierte im Anschluss alle klinischen Patientendaten und entschied über die wahrscheinlichste Diagnose zum Zeitpunkt des Patienteneinschlusses. Basierend auf den Ergebnissen der multivariaten Analyse konstruierten wir genderspezifische KHK Scores und berechneten die Fläche unter der Receiver Operating Characteristics (ROC) Kurve (AUC).
Ergebnisse: Der KHK Score Frauen enthielt 4, der KHK Score Männer 5 Komponenten. Die AUC (Score Frauen) betrug 0.83 (0.78-0.87), die AUC (Score Männer) 0.88 (0.84-0.92). Der allgemeine (Marburger) KHK Score erzielte bei Frauen eine AUC von 0.84 (0.77-0.90), bei Männern eine AUC von 0.89 (0.85-0.93).
Diskussion: Beide genderspezifischen Scores schließen eine KHK mit der gleichen Nachtestwahrscheinlichkeit wie der Marburger KHK Score aus, die bei allen 3 Score Modellen deutlich unter der anvisierten 5% Grenze liegt. Der allgemeine Score zeigt mit 67% der Patienten in der Niedrig Risikokategorie eine effektivere Filterfunktion.
Schlussfolgerungen: Genderspezifische Scores zeigen im Vergleich zum Marburger KHK Score eine ähnliche diagnostische Validität und bieten für den Hausarzt keinen zusätzlichen Nutzen, wenn es darum geht, eine KHK bei Brustschmerzpatienten auszuschließen.

P 2-2-2
Evaluation eines lokalen KHK-Behandlungspfades – Ergebnisse des Praxistests

L. Kramer, S. Träger, E. Baum, N. Donner-Banzhoff
Philipps - Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: Vor dem Hintergrund der gemeinsamen Betreuung chronisch kranker Patienten durch Haus- und Facharzt wurde am Beispiel der koronaren Herzkrankheit ein lokaler Behandlungspfad entwickelt. Im Rahmen des dabei vorgesehenen Praxistests lag das Ziel der vorliegenden Studie in der Evaluation der Akzeptanz und Praktikabilität des Behandlungspfades, der Umsetzung in den Praxisalltag sowie den daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen für etwaige Modifikationen des Behandlungspfades.
Methoden: In Zusammenarbeit mit 20 Hausärzten und 4 Kardiologen wurde ein lokaler KHK-Behandlungspfad entwickelt und in der Praxis angewendet. Im Anschluss an die Erprobungsphase wurde eine qualitative Evaluation des Behandlungspfades an einer Stichprobe von 8 an der Entwicklung beteiligten Hausärzten, 4 Kardiologen sowie 4 weiteren Hausärzten durchgeführt. Dies erfolgte anhand von Einzelinterviews, die sich an einem zuvor erstellten Interviewleitfaden orientierten. Die Identifikation hemmender und fördernder Faktoren für die Implementierung des KHK-Behandlungspfads sowie die Gegenüberstellung von Entwicklern und reinen Anwendern stand dabei im Vordergrund. Die Auswertung der Daten erfolgte qualitativ.

Ergebnisse: Die qualitative Auswertung der Einzelinterviews ist in Bearbeitung und wird auf dem Kongress präsentiert.
Diskussion: siehe Ergebnisse
Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Erkenntnisse aus der qualitativen Datenanalyse geben Aufschluss über hemmende und fördernde Faktoren für die Implementierung eines Behandlungspfades. Dies kann bei der Entwicklung künftiger Behandlungspfade Berücksichtigung finden und so die Akzeptanz und Implementierungschancen von Behandlungspfaden optimieren.

P 2-2-3

Durchfall als Beratungsanlass in der allgemeinmedizinischen Konsultationssprechstunde - Ergebnisse der 4. Sächsischen Epidemiologischen Studie der Allgemeinmedizin (SESAM 4) der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM)

K. Gerlach[1,2], K. Voigt[1], J. Liebnitzky[1], J. Dietrich[2], E. Bodendieck[2], S. R. Bornstein[3], R. Voigt[2], A. Bergmann[1,2]
[1]Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden an der Technischen Universität Dresden Lehrbereich Allgemeinmedizin, Dresden; [2]Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V., Mühlau; [3]Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden an der Technischen Universität Dresden, Dresden

Einleitung: Der Beratungsanlass „Durchfall" ist in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde ein häufiger altersunabhängiger Konsultationsgrund, der zur Einschränkung der Lebensqualität und sozialer Aktivitäten führt. In der CONTENT-Studie wurde „Durchfall" als Beratungsanlass mit einer Häufigkeit von 2,5% angegeben (T. Kühlein 2008).
Methoden: Im Rahmen der SESAM 4 dokumentierten 73 Allgemeinmediziner insgesamt 2529 randomisierte, direkte Arzt-Patienten-Kontakte. Dabei wurden die Beratungsanlässe und –ergebnisse mittels teilstandardisiertem Fragebogen in einem Einjahreszeitraum erhoben. Analysiert wurden die kodierten Daten mit deskriptiven und bivariaten, nonparametrischen Verfahren.
Ergebnisse: Es wurden 68 Arzt-Patienten-Kontakte ausgewertet, die aufgrund des Beratungsanlasses „Durchfall" erfolgten. Mit einer Beratungsanlasshäufigkeit von 1,6% ergibt sich der 11. Rang unter den 4313 Beratungsanlässen. Die Teilstichprobe ist signifikant jünger als das Gesamtsample (Medianwerte: 31 vs. 58 Jahre, M-W-U-Test/p<=0,05). 10% dieses Subsamples wiesen eine chronische Erkrankung des Verdauungssystems auf. 88,2% erhielten eine symptomorientierte, 5,9% eine klinische, 4,4% eine symptomorientierte und klinische Untersuchung. Insgesamt wurden 84 neue Beratungsergebnisse dokumentiert, davon 70,2% als Gastroenteritis/Enteritis. Häufige Therapiemaßnahmen waren Medikamentenverordnung (60,3%) und ärztliche Beratung (42,6%). 70,6% der Patienten erhielten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.
Diskussion: Die Ergebnisse der SESAM-4 sind mit den Daten des CONTENT-Projekts vergleichbar (T. Kühlein 2008). Die beteiligten Allgemeinmediziner der SESAM-4 führten eine symptombezogene Diagnostik durch. Resultierte aus der Konsultation das Beratungsergebnis Gastroenteritis/Enteritis, wurde überwiegend symptomatisch therapiert. Aufgrund der Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Infektionsgefahr für Kontaktpersonen bei viralen oder bakteriellen Erregern erfolgte häufig die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit.
Schlussfolgerungen: „Durchfall" ist ein akutes Erkrankungsereignis und gehört zu den häufigen Gesundheitsproblemen in der Allgemeinarztpraxis, mit denen strukturiert umgegangen werden muss, um Patienten zielgerichtet zu therapieren und abwendbar gefährliche Verläufe frühzeitig zu erkennen.

Quellenangabe
T. Kühlein, Kontinuierliche Morbiditätsregistierung in der Hausarztpraxis Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis, 2008, München: Urban & Vogel

P 2-2-4

Beratungsanlässe bei Adipositaspatienten in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde. Erste Ergebnisse der 4. Sächsischen Epidemiologischen Studie in der Allgemeinmedizin (SESAM 4) der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und des Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der TU Dresden

R. Köppel[1], K. Voigt[1], R. Voigt[2], S. R. Bornstein[3], A. Bergmann[1]
[1]TU-Dresden Med. Fakultät Bereich Allgemeinmedizin, Dresden; [2]Gemeinschaftspraxis, Oderwitz; [3]TU-Dresden Med. Fakultät Medizinische Klinik und Poliklinik III, Dresden

Einleitung: Der Anteil adipöser Menschen nimmt in allen Bevölkerungsschichten immer weiter zu (vgl. Benecke,Vogel 2009). Patienten mit einer Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für Herz-, Kreislauferkrankungen, degenerative Gelenkerkrankungen, Stoffwechselproblemen, was viele nationale und internationale Studien belegen.
Die Aufgabe der Untersuchung war es, bei Patienten mit Adipositas die regelmäßig häufigen Beratungsanlässe zu untersuchen sowie die vorhandenen Dauerdiagnosen.
Methoden: Im Rahmen der SESAM 4 wurden in einem Einjahreszeitraum (01.04.2008 – 31.03.2009) 2529 Sprechstundenkontakte bei niedergelassenen sächsischen Allgemeinärzten randomisiert erfasst und dokumentiert. 166 Patienten wiesen dabei als Dauerdiagnose Adipositas auf, diese Teilstichprobe bildet die Grundlage der nachfolgenden Analyse.
Ergebnisse: In der Teilstichprobe liegen ähnliche Geschlechtsverteilungen wie in der Gesamtstichprobe vor (40% männlich und 58% weiblich). Der Median des Geburtsjahres liegt bei 1948 (+/- 14,75). 86% der Patienten entfallen auf die Altersgruppe der über 44 Jährigen. Insgesamt entfallen 729 Dauerdiagnosen auf die Adipositasgruppe (n = 166). Erste Ergebnisse bezüglich der Beratungsanlässe zeigten, dass 25% das Herz-Kreislauf-System betreffen, 24% allgemeiner Natur sind, 13% den Bewegungsapparat betreffen und 10 % endokrine Ursachen haben. Die am häufigsten auftretenden Diagnosen sind Stoffwechselerkrankungen (40%), Kreislauferkrankungen (25%) und Muskel-Skelett-Erkrankungen (13%).

Diskussion: Die ersten Ergebnisse der Teilstichprobe sind vergleichbar mit Daten der GBE des Bundes (vgl. Benecke,Vogel 2009). Sowohl in der Teilstichprobe als auch in den Daten der GBE finden sich Begleiterkrankungen die das Herz-Kreislauf-System, den Bewegungsapparat oder endokrine Ursachen haben, unter den Haupterkrankungen wieder.
Schlussfolgerung: Durch die Vielzahl von Begleiterkrankungen und der daraus folgenden Menge an Beratungsanlässen, stellt die Behandlung der Adipositas eine große Herausforderung an den allgemeinmedizinischen Arzt dar. Vor allem die regelmäßige Kontrolle der Begleiterkrankungen, wie Diabetes und Bluthochdruck nehmen eine große Zeitspanne in der Behandlung der Krankheit ein.

Quellenangabe
Benecke A. and Vogel H. Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 16 . Robert Koch-Institut , 2009.

P 2-2-5
Häufige Beratungsanlässe bei Diabetes mellitus 2-Patienten in der hausärztlichen Versorgung in Sachsen.

K. Voigt[1], K. Gerlach[1], J. Liebnitzky[1], J. Dietrich[2], R. Voigt[2], S. R. Bornstein[3], A. Bergmann[1,2]
[1]Medizinische Fakultät der TU Dresden Lehrbereich Allgemeinmedizin/MK3, Dresden; [2]Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM), Mühlau; [3]Universitätsklinikum der TU Dresden Medizinische Klinik und Poliklinik 3, Dresden

Einleitung: Das Ziel der SESAM IV bestand in der Erfassung typischer Beratungsanlässe, Behandlungs- und Patientenmerkmale von Patienten im ambulanten hausärztlichen Setting. Der Fokus der vorliegenden Darstellung liegt auf der Beschreibung des Subsamples von Patienten mit bekanntem Diabetes mellitus Typ 2 (DM2).
Methoden: Jeweils der 10. Arzt-Patienten-Kontakt an einem vorgegebenem Erfassungstag im Zeitraum 01.04.2008 bis 31.03.2009 wurde mittels konsultationsbezogenem Fragebogen dokumentiert. 73 von 253 angefragten, in der SGAM organisierten Allgemeinärzten beteiligten sich und dokumentierten insgesamt 2.529 Sprechstundenkontakte (= Patienten).
Ergebnisse: Für 19.5% (n = 494) des Gesamtsamples berichteten die Ärzte eine DM2-Diagnose (ICD: E11). Damit war DM2 die zweithäufigste chronische Diagnose (nach essentieller primärer Hypertonie [ICD: I.10] mit 42,3%) im Gesamtsample. Das durchschnittliche Alter der DM2-Patienten lag bei 69.0 (+/-11.4 s.d.) Jahren, 48.8% waren männlichen und 49.2% waren weiblichen Geschlechts. Häufigste Begleiterkrankungen der DM2-Patienten waren essentielle Hypertonie (I10.9: 70.2%), nicht näher bezeichnete Störung des Lipoproteinstoffwechsels (E78.9: 19.4%) und nicht näher spezifizierte chronisch ischämische Herzkrankheit (I25.9: 12.6%). Die drei häufigsten Beratungsanlässe (kodiert nach ICPC-2) für das Aufsuchen des Hausarztes bestanden in: Folgeuntersuchungen von Kreislaufsymptomen (K63): 27.1% und von allgemeinen und unspezifischen Symptomen (A63) sowie der regelmäßig notwendigen Blutzuckerkontrolle (22.9%). Der Großteil der DM2-Patienten (85.2%) befand sich als chronischer Patient in Langzeitbehandlung.
Schlussfolgerungen: Die hier analysierten DM2-Patienten gehörten erwartungsgemäß älteren Altersgruppen an, das Geschlecht war paritätisch verteilt. Die Komorbiditäten bestätigten das hohe Risiko älterer DM2-Patienten ein Metabolisch-vaskuläres Syndrom und damit verbundene Gesundheitsgefährdungen aufzuweisen. Die Dominanz der Folgeuntersuchungsberatungsanlässe zuzüglich der bekannten Langzeitbehandlung verweisen auf die Bedeutung der hausärztlichen Tätigkeit, die sich bei der Betreuung von DM2-Patienten bzgl. Optimierung der Stoffwechselführung, Screening nach Komorbiditäten/Komplikationen und Einstellung des Patienten auf eine individuell spezifische Therapie fokussiert. Außerdem fungiert der Hausarzt als erster Ansprechpartner für sonstige akute und/oder chronische Beratungsanlässe und koordiniert ggf. den therapeutischen Umgang mit der Multimorbidität.

P 2-2-6
Übereinstimmung der Behandlung von Infekten der oberen Luftwege mit den Empfehlungen der Ständigen Leitlinienkommission der DEGAM (SLK)

M. Becker, A. Stein, U. Schnell, S. Claus, K. - P. Braun, A. Klement
Hausarztpraxis Dr. med. Michael Th. Becker, Karlsruhe

Einleitung: Infekte der oberen Luftwege werden oft sehr unterschiedlich behandelt. Untersucht werden soll, ob die Behandlung konform zu den DEGAM Leitlinien erfolgt.
Methoden: Aus 5 Praxen von Teilnehmern des Professionalisierungskurses V. der DEGAM wird eine Dokumentation aller Behandlungsfälle der Infekte der oberen Luftwege als Querschnittsbeobachtung erstellt. Die Daten werden mit einer Tabellenkalkulation deskriptiv dargestellt und ausgewertet.
Ergebnisse: Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die Übereinstimmung mit den Empfehlungen der DEGAM Leitlinien dargestellt und ausgewertet. Die Datenerhebung läuft derzeit.
Diskussion: Diskutiert werden sollen Übereinstimmungen aber auch Abweichungen zu den Empfehlungen der Ständigen Leitlinienkommission (SLK).
Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse sollen dazu anregen, die eigene Behandlungsweise zu überdenken.

P 2-2-7
Partizipative Entscheidungsfindung am Beispiel der Beratung zur Patientenverfügung - Ein Systematisches Review

T. Dürk, F. Koelbing, J. Kracht, A. Buchholz, I. Tinsel, K. Böhme, W. Niebling, A. Loh
Uniklinik Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

Einleitung: Patientenverfügungen stellen ein wichtiges Instrument der Patientenautonomie am Lebensende dar. Das Treffen von Entscheidungen für Zeitpunkte der eigenen Entscheidungsunfähigkeit bereitet vielen Menschen große Schwierigkeiten. Eine ärztliche Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen wird von vielen Seiten empfohlen. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) könnte für die Entscheidungsprozesse bei der Erstellung von Patientenverfügung ein geeignetes Modell sein.

Methoden: Die Online-Datenbanken Medline und Embase wurden auf die Begriffe „Advance Directive" im Kombination mit „Shared Decision Making" bzw. „Patient Participation" durchsucht.

Anhand eines Ratingbogens mit 12 dichotomen Fragen wurden die gefundenen Studien 3 Clustern zugeordnet. Die Studien in Cluster A wurden mittels eines Datenerhebungsbogens inhaltlich ausgewertet.

Ergebnisse: Die Suche ergab 458 Treffer, wovon 52 dem Cluster A (Primärdaten quantitativer Studien) zugeordnet werden konnten.

Nur wenige Studien weisen ein hohes Validitätsniveau bzw. Präzisionslevel auf.

Der Effekt von PEF auf die Erstellung von und Beratung zur PV wurde bisher nicht untersucht.

Erklärungsansätze für die bisher geringe Forschungstätigkeit auf diesem Gebiet und die niedrige Validität der Studien, sind die schwierige objektive Messbarkeit der relevanten Parameter, das relativ junge Interesse an PEF am Lebensende und das erst in den letzten Jahren aufgekommene Forschungsinteresse an Patientenverfügungen.

Diskussion: PEF bei der Beratung zur Patientenverfügung wurde bisher nicht explizit untersucht. Allerdings waren Schlüsselelemente von PEF Gegenstand einzelner Studien. Demnach könnte PEF als Modell ein geeigneter Ansatz bei der Beratung zur Erstellung einer Patientenverfügung darstellen.

Schlussfolgerung: Um die Wirkung von Partizipativer Entscheidungsfindung bei der Beratung zur Patientenverfügung beurteilen zu können, sind weitere Studien erforderlich, insbesondere RCTs sollten durchgeführt werden.

P 2-2-8

Welche Fehler machen Hausärzte? Ergebnisse der Gutachterkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg von 2003 bis 2008

M. Eissler, D. Moßhammer
Universität Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen

Einleitung: Patienten, die vermuten, dass es im Rahmen ihrer medizinischen Versorgung zu einem Fehler gekommen ist, können dies unter anderem bei den Gutachterkommissionen (GAK) und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern begutachten lassen. In Baden-Württemberg (BW) wird von einem Fachgutachter aus dem gleichen Fachgebiet des beschuldigten Arztes ein Gutachten angefertigt, welches der GAK zur Beurteilung des Falles vorliegt. Seit 2003 werden die Ergebnisse bundesweit einheitlich (Ausnahme Bayern) mit dem „Medical-Reporting-System" (MERS) erfasst. Ziel der Untersuchung war (1) die Häufigkeitsdarstellung der Diagnosen von Fällen, bei denen ein Behandlungsfehler bejaht wurde für die Fachgruppe „Hausärztlich tätige Ärzte" und (2) die genauere Fehleranalyse der Behandlungsfehler anhand der Erläuterungen in den Datensätzen.

Methoden: Auswertung der MERS-Datenbank für das Fachgebiet „Hausärztlich tätige Ärzte" (ohne hausärztliche Internisten). Diagnosen und zusätzliche Informationen basieren auf dem abschließenden Bescheid der GAK.

Ergebnisse: Insgesamt betrafen 206 Fälle hausärztlich tätige Ärzte (5,5% aller Sachentscheidungen). Bei 67 dieser Fälle (33%) wurde ein Behandlungsfehler bejaht.

Zu (1): Die Fälle-Cluster „Myokardinfarkt/KHK" (n=8), „Apoplex/TIA" (n=7) und „Schmerzen des Bewegungsapparates" (n=6) enthalten neben dem Cluster „Sonstige Diagnosen" (n=34) die häufigsten Fälle.

Zu (2): Die Fehleranalyse enthüllt beim Cluster „Myokardinfarkt/KHK" fehlerhafte Diagnostik und beim Cluster „Apoplex/TIA" eher fehlerhaftes Procedere. Beim Cluster „Bewegungsapparat" handelt es sich bis auf einen Fall um fehlerhafte Spritzenapplikationen mit Spritzenabszesse und Nervenschädigung.

Diskussion: Relativ häufig machen Hausärzte Fehler bei der Diagnostik eines Myokardinfarktes und beim Management einer zerebralen Ischämie. Auffallend ist, dass immer noch viele fehlerhafte Spritzenapplikationen (Abszesse, Nervenschädigung) verzeichnet werden müssen.

Schlussfolgerungen: Diese Ergebnisse sollten in die ärztliche Fortbildung zur Bildung von entsprechenden Themenschwerpunkten einfließen.

P 2-2-9

Teilnahme hausärztlicher Praxen an einem Versorgungsforschungsprojekt - Erfahrungen mit der Praxisrekrutierung

J. Bleidorn[1], I. Voigt[1], J. Wrede[1], M. Dierks[2], U. Junius-Walker[1]
[1]Medizinische Hochschule Hannover Insitut für Allgemeinmedizin, Hannover; [2]Medizinische Hochschule Hannover Inst. f. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover

Arbeitsbereich „Gesundheit im Alter"
Institut für Allgemeinmedizin, Leitung Prof. Dr. med. E. Hummers-Pradier, Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung: Die Teilnahme von Hausärzten ist für Studien in der Versorgungsforschung entscheidend. Untersuchungen zu Rekrutierungsvorgehen liegen bisher nur vereinzelt vor. In der Interventionsstudie PRÄFCHECK wurden deshalb Rekrutierungsstrategie und Rekrutierungserfolg systematisch analysiert.

Methoden: In der Studie PräfCheck wird ein hausärztliches Gesprächsmodul in der Behandlungsplanung mit älteren Patienten getestet. Zur Rekrutierung der Ärzte wurden sämtliche Praxen der KV-Liste eines definierten Bereiches in Hannover/ Umland angeschrieben und um Rückantwort gebeten. Nach einem festgelegten Rekrutierungsplan wurden alle Hausärzte weiter kontaktiert. „Zusager" und „Absager" wurden für die Analyse mit einem Statuscode versehen: je nach Kontakthäufigkeit bis zur endgültigen Zusage (6 Zusage- bzw. Absagecodes). Rekrutiert wurde in drei sukzessiven Wellen: 1. und 2. Welle Frühjahr und Herbst 2009, , 3. Welle ab 2010 laufend.

Ergebnisse: In den drei Rekrutierungswellen betrug die Teilnahmerate insgesamt 10% (25/251); Welle 1: 18% (16/89), Welle 2: 7% (6/86), Welle 3: derzeit 4% (3/76). Zusätzlich wurden 44 zuvor nicht eingeschlossene Lehrpraxen kontaktiert (Teilnahmerate 43% (19/44). Eine spontane Rückantwort von „Zu"- und „Absagern" der drei Wellen war gering (18%). Die Auswertung

der Kontakthäufigkeiten und der entsprechenden Ergebnisse nach Statuscodes erfolgt derzeit.
Diskussion: Die Teilnahmebereitschaft hausärztlicher Praxen lag mit 10% unter den Erwartungen. Dies könnte durch hohe Arbeitsbelastung der Praxen erklärt werden, die durch die H1N1 Pandemie in Welle 2 verstärkt wurde. Die Gruppe der Lehrärzte war teilnahmebereiter.
Schlussfolgerungen: Die Praxen zeigen wenig Interesse an Forschungsaktivitäten. Die weitere Analyse wird Hinweise geben, ab welchem Punkt im Rekrutierungsverlauf der personelle Aufwand der Forscher nicht mehr lohnend ist.

P 2-2-10

Häufigkeiten und Gründe für den Einsatz von Placebointerventionen in der allgemeinmedizinischen Praxis: Erste Ergebnisse einer Fragebogenstudie

K. Meissner[1,2], L. Höfner[1], K. Linde[2]
[1]Ludwig-Maximilians-Universität München Institut für Medizinische Psychologie, München; [2]Technische Universität München Institut für Allgemeinmedizin, München

Einleitung: Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Scheintherapien die Krankheitssymptome unterschiedlicher Erkrankungen positiv beeinflussen können. Der Einsatz von Placebos in der Praxis ist jedoch ethisch umstritten, da er mit einer Täuschung des Patienten verbunden ist. Nachdem inzwischen aktuelle Studien aus anderen Ländern vorliegen, sollten mit dieser Studie Einstellungen, Gründe und Häufigkeiten für den Einsatz von Placebos unter Allgemeinmedizinern in Deutschland erfasst werden.
Methoden: Eine Zufallsstichprobe von 400 niedergelassenen Allgemeinmedizinern in Bayern erhielt per Post einen Fragebogen zum Einsatz von Placebotherapien im Praxisalltag zugesandt. Non-Responder wurden telefonisch an die Rücksendung der Fragebögen erinnert.
Ergebnisse: 205 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgesandt. Über drei Viertel der Ärzte sahen den Einsatz von Placebointerventionen aufgrund ihres möglichen psychologischen Effekts als akzeptabel an. 49% der Ärzte gaben an, selbst schon einmal pure Placebos in ihrer Praxis eingesetzt zu haben. Den Einsatz sog. „unreiner" Placebos, also Therapien ohne pharmakologische oder physikalische Wirkung auf die Zielkrankheit (z. B. Antibiotika bei viralem Infekt) bejahten sogar 84% der Ärzte. 76% der Befragten waren der Ansicht, dass auch körperliche Funktionen durch Behandlungserwartungen positiv beeinflusst werden können.
Diskussion: Die Ergebnisse weisen auf eine erstaunlich hohe Akzeptanz von Placebointerventionen in der allgemeinmedizinischen Praxis hin. Als Motiv steht hierbei die Nutzung eines psychologischen Behandlungseffekts im Vordergrund. Der häufigere Einsatz von „unreinen" Placebos weist darauf hin, dass das ethische Dilemma geringer ist, wenn der Patient über die Wirkstoffe einer Therapie wahrheitsgemäß aufgeklärt werden kann.
Schlussfolgerungen: Der Einsatz von Placebointerventionen nimmt trotz seiner ethischen Bedenklichkeit in der allgemeinmedizinischen Praxis einen nicht unerheblichen Stellenwert ein.

Session P 2-3
Psychische Erkrankungen/Kommunikation
Samstag, 25. September 2010
11:15 - 12:15

P 2-3-1

Körperliche Beschwerden ohne eindeutige organische Ursache? PISO – ein teilstationäres Behandlungsangebot für Patienten mit Somatoformen Störungen

K. Pöhlmann, S. Löffler, J. Schellong, S. Döbbel, C. Schilling, E. Eismann, I. Böhm, P. Joraschky
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Dresden

Einleitung: Als Somatoforme Störungen werden wiederholt auftretende bzw. lang anhaltende körperliche Beschwerden bezeichnet, bei denen trotz wiederholter medizinischer Untersuchungen keine eindeutige körperliche Ursache vom Arzt festgestellt werden kann. Oft leiden Betroffene jahrelang unter verschiedensten Symptomen und suchen wiederholt Hilfe bei unterschiedlichen Ärzten, ohne dass eine organische Ursache festgestellt werden kann, welche die Beschwerden ausreichend erklären würde. 20 – 40 % der Patienten in der hausärztlichen Praxis leiden unter solchen medizinisch nicht erklärbaren Symptomen. Sie verursachen hohe Kosten im Gesundheitswesen und gehen oft mit enormen psychischen Belastungen einher. Somatoforme Störungen stellen somit eine besondere Herausforderung in der klinischen Versorgung dar.
Methoden: An der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden wird derzeit eine 5-wöchige tagesklinische Behandlung angeboten, die speziell auf Patienten mit einer vordergründigen somatoformen Störung ausgerichtet ist. Komorbide depressive Symptome und Ängste werden in die Behandlung einbezogen. Nach einem speziellen Behandlungsmanual finden täglich gruppentherapeutische Sitzungen statt. Im Rahmen einer Körperpsychotherapie wird an der Beziehung zum eigenen Körper und am Umgang mit Gefühlen und Beziehungserfahrungen gearbeitet. Außerdem kommen Psychoedukation, körperorientierte Entspannungsverfahren, Kunsttherapie und Soziales Kompetenztraining zur Anwendung.
Ergebnisse: Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit des Behandlungsprogramms sollen vorgestellt werden.
Diskussion: Zahlreiche Studien belegen, dass multimodale Behandlungsprogramme z.B. für Schmerzpatienten effektiv sind. Die Wirksamkeit des teilstationären PISO-Programms soll mit diesen verglichen werden.
Schlussfolgerungen: Bei dem teilstationären Behandlungsangebot für Patienten mit Somatoformen Störungen (PISO) handelt es sich um ein zeitlich begrenztes und intensives multimodales Programm, für das erste Ergebnisse zur Wirksamkeit vorgestellt werden sollen.

P 2-3-2

Somatoforme Störungen in der Hausarztpraxis - eine Längsschnittstudie an Hausarztpatienten

K. Vogt, K. Voigt, A. Bergmann
Universitätsklinikum Dresden MK3 - Allgemeinmedizin, Dresden

Einleitung: Somatoforme Symptome sind ein häufiger Beratungsanlass in der Hausarztpraxis und für Arzt und Patient oft durch einen frustrierenden Diagnostikmarathon gekennzeichnet. Häufig belastet dies die Arzt-Patienten-Beziehung, die zur erfolgreichen Behandlung von somatoformen Störungen von tragender Bedeutung ist. Zum Vergleich von Beschwerdeverläufen bei Hausarztpatienten ohne und mit Somatisierungsgefährdung sowie Patienten mit einer bereits diagnostizierten Somatoformen Störung führten wir diese Studie durch und untersuchten erstmals empirisch auch die Auswirkung von Somatisierung auf die Hausarzt-Patienten-Beziehung aus beiden Perspektiven.
Methoden: An jeweils einem Stichtag wurden im Januar/Februar 2010 167 Patienten von insgesamt 11 Hausärzten aus der sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) befragt. Wenn sich Patienten zur Studienteilnahme bereit erklärten, erhielt ihr Hausarzt einen Fragebogen zum jeweiligen Patienten. Patientenseitig wurden Somatisierungstendenzen (SOMS-2), Hypochondrie (Whiteley-Index), subjektiver Gesundheitszustand (EQ5-D) sowie Beratungsanlass erfragt. Vom Hausarzt wurde das Somatisierungsrisiko des Patienten eingeschätzt und verordnete Diagnostik und Therapie erfragt. Daneben wurde die Vertrautheit des Hausarztes mit psychosomatischen Fragestellungen erhoben. Sowohl Arzt als auch Patient bewerteten die Arzt-Patienten-Beziehung anhand eines modifizierten Fragebogens aus der Medical Outcomes Study.
Im folgenden Jahr werden die Patienten und ihr Hausarzt beim jeweils ersten Hausarztbesuch im Quartal über Beratungsanlass, Diagnostik und Therapie sowie aktuelle Einschätzung der Arzt-Patienten-Beziehung nachbefragt. Daneben erfolgt eine postalische Halb- und Ganzjahresbefragung aller Patienten.
Ergebnisse: Zum Zeitpunkt des Kongresses werden die Ergebnisse der Erstbefragung und evtl. bereits Ergebnisse aus den Nachbefragungen des 2. und 3. Quartals vorliegen.
Schlussfolgerung: Ziel unserer Studie ist es, durch Vergleich beider Perspektiven ein umfassendes Bild vom Verlauf somatoformer Störungen unter Berücksichtigung der Arzt-Patientbeziehung und der Compliance zu gewinnen und damit zukünftig die diagnostische Effizienz zu erhöhen.

Quellenangabe

Arnold IA, DeWaal MWM (2006) Somatoform Disorders in Primary Care. Course and the Need for Cognitive-Behavioural Treatment . Psychosomatics 47; 498-503
Baumeister H, Härter M (2006) Somatoforme Störungen. Die Psychiatrie 3; 5-10
Bortz J & Döring N (2003). Forschungsmethoden und Evaluation. Springer: Berlin.
Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M & Munk-Jorgensen P (1999). Somatization in primary care. Psychosomatics, 40 (4), 330-338.
Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N (2009): Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. Journal of Psychosomatic Research, 67, 189-197
Herrmann M (2006) Der Hausarzt, sein Patient und die unspezifischen Beschwerden - Erkenntnis durch Beziehungsarbeit. Z Allg Med 82; 214-218
Hessel A, Geyer M, Hinz A & Brähler E (2005). Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wegen somatoformer Beschwerden - Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 51, 38-56.
Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K (2004). Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner. A randomized controlled trial. Journal of Psychosomatic Research, 57, 507– 514
Löwe B, Spitzer RL, Williams J, Kroenke K (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. General Hospital Psychiatry, 30, 191-199
Rief W, Hiller W, Heuser J (1997). SOMS – Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen. Huber: Bern.
Schulenburg JM von der, Claes C, Greiner W, Uber A (1998). Die deutsche Version des Euro-Qol-Fragebogens. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 6, 3-20.
DeWaal MWM, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM (2004). Somatoform disorders in general practice. Prevalence,Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. British Journal of Psychiatry, 184, 470-476.
Wittchen HU & Jacobi F (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Gesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.
Zimmermann T, Kaduszkiewicz H (2003) Funktionelle Störungen in der Hausarztpraxis. Z Allg Med 79;219-222

P 2-3-3

Partizipative Entscheidungsfindung im Umgang mit Fibromyalgiepatienten. - Mit welchen kommunikativen Inhalten in der Konsultation wird die Beteiligung von Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung realisiert?

T. Dürk[1], C. Celanowski[1], C. Bieber[2], I. Tinsel[1], W. Niebling[1], A. Loh[1]
[1]Uniklinik Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg;
[2]Uniklinik Heidelberg, Heidelberg

Einleitung: Etwa 1,5 Millionen Menschen, zum Großteil Frauen, leiden in Deutschland am Fibromyalgiesyndrom, einem chronischen Schmerzsyndrom des muskuloskelettalen Systems. Die dabei auftretenden Schmerzen verschlechtern sich häufig unter Belastung oder in Konfliktsituationen. Therapieresistente Beschwerden können in massiven Lebensqualitätseinschränkungen und Arbeitsunfähigkeit gipfeln. Psychosoziale Dauerbelastung durch chronische Schmerzen und die Sorge der Patienten, ernsthaft organisch krank zu sein, weisen auf einige der Konfliktpunkte in der Arzt-Patienten-Beziehung hin.
Um eine erfolgreichere Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu erreichen, bietet sich die Verknüpfung zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) an. Die vorliegende Arbeit

führt eine qualitative Analyse von Konsultationen mit in PEF geschulten Ärzten durch.
Methoden: Transkription und qualitative Analyse nach Mayring unter Verwendung von atlas.ti.
Ergebnisse: Insgesamt werden 88 Folgekonsultationen von 43 Patienten über einen Zeitraum von 9 Monaten untersucht. Die Gespräche wurden im Wechsel von 2 Ärzten geführt. Die bisherigen Ergebnisse zeigen 37 qualitativ- inhaltsanalytische Kernpunkte, welche in den Arzt-Patientengesprächen zum Einsatz kommen. Diese sind hinweisend für einen „Leitfaden“ zum zufriedenstellenderen Konsultations- und Langzeittherapieverlauf, sowohl auf Seiten der Patienten, als auch, für die behandelnden Ärzte.
Diskussion: In der vorliegenden Studie handelt es sich um eine kleine Stichprobe. Trotzdem weisen die bisherigen Ergebnisse auf einige inhaltliche Kernpunkte hin, welche einen positiven Einfluss auf die Konflikt belastete Beziehung zwischen Arzt und chronischem Schmerzpatienten haben können.
Schlussfolgerung: Die Partizipative Entscheidungsfindung könnte auch im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten, wie Fibromyalgie Erkrankten, ein geeignetes Modell zur Erhöhung der Beteiligung der Patienten bei Entscheidungen zu sein.

P 2-3-4
Case Management bei Depression in der allgemeinmedizinischen Praxis – eine Typologie

C. Güthlin[1], C. Jäger[1], V. Kleppel[1], J. Petersen[1], F. M. Gerlach[1], J. Gensichen[1,2]
[1]Goethe-Universität Frankfurt Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt; [2]Universitätsklinikum Jena Institut für Allgemeinmedizin, Jena

Einleitung: Case Management bei Depression erwies sich u.a. in einer cluster-randomisierten allgemeinmedizinischen Studie als effektiv (PRoMPT-Studie). Im Rahmen dieser quantitativen Studie wurden Perspektiven der Case Managerinnen (Medizinische Fachangestellte, MFA) im Umgang mit dieser neuen Versorgungsform qualitativ erhoben, Prototypen beschrieben und eine entsprechende Typologie für die die weitere Forschung entwickelt.
Methoden: Es wurden Einzelinterviews mit 26 Case Managerinnen durchgeführt, welche die Grundlage der hier präsentierten qualitativen Auswertung bilden. Ziel der Auswertung war Verdichtung, so dass Prototypen entstehen. Die Auswertung orientierte sich an der Inhaltsanalyse von Mayring (2000). Im Anschluss erfolgte ein weiterer Verdichtungsschritt (Bohnsack 2008), der eine idealtypische Typologie angelehnt an Max Weber erstellt.
Ergebnisse: Drei „idealtypische Case-Managerinnen“ entstanden aus der Verdichtung: Während die „psychiatrisch-medizinische Fachangestellte“ kompetent alle Anforderungen des Case Managements bewerkstelligt, gerät die „hilfesuchende MFA“ trotz professionellen Aufgabenverständnisses in Rollenkonflikte. Die „hilflose Ko-Therapeutin“ ist aufgrund eines falschen Rollenverständnisses mit ihrer Aufgabe überfordert, ohne sich dessen bewusst zu sein. Daneben werden einige Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt werden (z.B. Case Management als Bereicherung der Arbeit).
Diskussion: Diese Prototypen sollen als „Gedankengebilde“ verstanden werden, die zur Veranschaulichung „einige Gesichtspunkte einseitig steigern“ (Max Weber). Sie bilden nicht die Realität ab, können jedoch für die Probleme von Case Managerinnen bei Depression in der allgemeinmedizinischen Praxis sensibilisieren.
Schlussfolgerungen: Die Typologie zeigt unterschiedliche Umgangsweisen mit der neuen Versorgungsform, die grundsätzlich als bereichernd erlebt wird. Mögliche Überforderungen mit dem professionellen Rollenverständnis und der psychiatrischen Erkrankung sollten im Training berücksichtigt werden.

Quellenangabe
Mayring (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 1(2).
Ralf Bohnsack (2008). Rekonstruktive Sozialforschung-Einführung in qualitative Methoden. Stuttgart: UTB (7. Auflage).

P 2-3-5
Früherkennungszentrum „Dresden früh dran“

C. Marx[1], A. Pfennig[2], K. Leopold[3], P. Ritter[4]
[1]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Präventionsambulanz für psychische Störungen, Dresden; [2]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Leiterin der Präventionsambulanz, Dresden; [3]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Klinische Leiterin des Früherkennungszentrums, Dresden; [4]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Früherkennungszentrum, Dresden

Die Hausärzte sind für psychische Probleme ihrer Patienten oft die ersten Ansprechpartner. Aufgrund begrenzter personeller und zeitlicher Kapazitäten und voller Wartezimmer, bietet sich nicht immer die Möglichkeit die Betroffenen mit einer umfassenden Diagnostik und einer adäquaten Therapie der psychischen Störungen zu versorgen. An dieser Stelle möchte das Früherkennungszentrum mit den Hausärzten eng zusammenarbeiten. Es können Patienten zum Früherkennungszentrum überwiesen werden, bei denen eine Diagnosestellung oder Weitervermittlung schwierig ist. Die Patienten durchlaufen im Früherkennungszentrum eine intensive Diagnostikphase. Anschließend wird gemeinsam besprochen von welcher Therapie der Patient am ehesten profitieren könnte. Zu diesem Zweck möchte sich das Früherkennungszentrum „Dresden früh dran“ vorstellen und über sein Diagnostik-, Therapie- und Beratungsangebot informieren.

P 2-3-6

Erfassung und Systematisierung präventiv orientierter Gesprächsinhalte in der hausärztlichen Praxis

K. Stock, W. Streich, H. - H. Abholz
Universitätsklinikum Düsseldorf, Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Bei der Prävention als Teil hausärztlicher Arbeit lässt sich zwischen Aktivitäten wie Impfungen/Früherkennung (mit der Hausarztpraxis nur als setting) und einer „spezifischen hausärztlichen Prävention (SHP)" unterscheiden. Bei letzterer werden die Bewältigung gesundheitlicher Probleme sowie die Verhinderung negativer Krankheitsverläufe unterstützt. Die jeweilige Konsultationssituation wird genutzt, um auf Patienten zugeschnittene präventive Inhalte zu vermitteln. Es gibt kaum Empirie zum Thema. Da SHP eingeflochten in die „Behandlung" erfolgt, war die Frage, ob diese überhaupt „trennbar" von anderen Inhalten ist.

Methoden: In 5 Arztpraxen wurden alle Patienten-Gespräche nach zeitlichen Vorgaben (2 Mitschnitte je 45 Minuten ab10:30h und ab 15:00h) aufgezeichnet. Den Hausärzten wurde erklärt, Ziel sei, ein Bild der Gesprächsinhalte zu gewinnen. Die Tonbandaufzeichnungen wurden durch zwei Untersucher unabhängig voneinander auf Gesprächsthemen sowie präventive Inhalte analysiert und anschließend konsensuell einer vorläufigen, aber erweiterbaren SHP-Systematik zugeordnet.

Ergebnisse: In einem Drittel der 62 Arzt-Patienten-Gespräche konnten Themen einer SHP identifiziert und Bereichen zugeordnet werden: Information und Aufklärung; psychische Unterstützung; Stärkung salutogener Ressourcen; Hilfestellung bei familiären/sozialen Problemen. Ihre Abgrenzung von Kernelementen der hausärztlichen Arbeitsweise (sprechende Medizin, Risikofaktoren-Management, DMP etc.) wurde kontextbezogen vorgenommen.

Diskussion: Forschungsarbeiten zur Prävention in der Primärversorgung fokussieren auf Tätigkeiten des Disease- bzw. Risiko-Faktoren-Managements. So erscheint der Handlungsraum hausärztlicher Prävention aber unzulässig eingeschränkt. Demgegenüber machen unsere Ergebnisse die Vielfältigkeit der SHP durch eine breite Palette von Beispielen deutlich.

Schlussfolgerungen: Die Praktikabilität der gewählten empirischen Methode konnte belegt werden. SHP nimmt einen nennenswerten Teil der Themen hausärztlicher Gespräche ein. Es bleibt weiteren Studien überlassen, die Tauglichkeit der Gesprächsinhalte für wirksame Prävention zu beurteilen.

P 2-3-7

Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Ein systematischer Überblick über die Effektivität partizipativer Entscheidungsfindung (PEF) in der Allgemeinmedizin

A. Papez, A. Loh, W. Niebling, T. Dürk, A. Buchholz
Universität Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

Hintergrund: Maßnahmen zur Umsetzung einer partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) sollen die Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen in der Arzt – Patienten – Interaktion fördern. Die Bedeutung des PEF nimmt sowohl in der gesundheitspolitischen Bewertung als auch in der hausärztlichen Versorgung zu. In der Literatur sind zwar im Bereich der Allgemeinmedizin und zur Effektivität von PEF – Interventionen zahlreiche wissenschaftliche Studien verfügbar, doch ein zusammenfassender Überblick über den internationalen Forschungsstand steht bislang aus.

Methodik: Methodische Grundlage war eine systematischen Literaturrecherche in Medline für den Zeitraum 1950 – Februar 2009 (Suchbegriffe "Shared Decision Making" und "Primary Care" oder "Family Practice" oder "General Medicine"). Einschlusskriterien für die Studien waren empirische quantitative Primärdaten – Erhebungen, die sich auf PEF in der medizinischen Grundversorgung und auf die Effektivität von PEF – Interventionen beziehen.

Ergebnisse: 14 Studien wurden in den systematischen Überblick eingeschlossen. Davon waren 13 Studien randomisierte kontrollierte Studien. Eine Studie war eine kontrollierte, nicht randomisierte Studie. In zehn Studien wurden Ärzte, in zwei Studien Patienten geschult. In sechs Studien wurden Entscheidungshilfen als Interventionen angewendet. Auf die Patientenbeteiligung, Qualität der Arzt – Patienten – Beziehung, den Schweregrad der Erkrankung und das Wissen konnten mehrheitlich keine oder geringe Effekte nachgewiesen werden. Eine positive Wirkung hatten PEF- Interventionen allerdings auf die Zufriedenheit, die Adhärenz und die Selbstwirksamkeit.

Schlussfolgerung: Die Trainingskonzepte, die Messverfahren und die Ergebnisse der Studien zu PEF – Interventionen in der Allgemeinmedizin sind sehr unterschiedlich. In einem folgenden Schritt sollten in Subgruppenanalysen die Wirkfaktoren der PEF genauer beleuchtet werden.

P 2-3-8

Umgang mit Adipositas in der Hausarztpraxis: Was denken übergewichtige Patienten und ihre Hausärzte ?

C. Heintze, U. Sonntag, A. Brinck, M. Huppertz, J. Wiesner, V. Braun
Universitätsmedizin Berlin Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Einleitung: Durch die Zunahme von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung ist in den letzten Jahren eine Diskussion um die Gewichtung sinnvoller Präventionsstrategien entstanden. Die Rolle von Hausärzten in der Betreuung von Patienten mit Adipositas wird dementsprechend kontrovers diskutiert. Sichtweisen aus der Primärversorgung, insbesondere von übergewichtigen Patienten und ihren Hausärzte sind nicht bekannt.

Methoden: Mittels leitfadengestützter Interviews wurden 15 übergewichtige Patienten und ihre 15 Hausärzte über die derzeitige Betreuungssituation befragt. Beide Gruppen machten zudem Angaben über ihre Visionen für zukünftige Versorgungsstrukturen. Nach Transkription der Interviews erfolgte eine vergleichende inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring.

Ergebnisse: Es findet sich ein hoher Übereinstimmungsgrad aller Befragten zu den kommunikativen Voraussetzungen für eine gelungene Beratung in der Hausarztpraxis. Die Notwendigkeit multimodaler Betreuungskonzepte wird von Patienten

und Ärzten hervorgehoben. Patienten und Hausärzte thematisieren die derzeitige Überforderung ambulanter Betreuungsstrukturen im Umgang mit dem Management von Adipositas.
Schlussfolgerung: Die engere Verzahnung von Unterstützungsstrukturen innerhalb und außerhalb von Hausarztpraxen sollten bei der Planung zukünftiger Betreuungsstrukturen stärker berücksichtigt werden.

P 2-3-9

Entscheidungen in der Hausarztpraxis – Qualitative Analyse kommunikativer Prozesse in der Herz-Kreislaufberatung

H. Keller[1], M. Müller-Engelmann[1], T. Krones[2], N. Donner-Banzhoff[1]
[1]Philipps-Universität Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg; [2]Universitätsspital Zürich/Universität Zürich Klinische Ethik, Zürich (Schweiz)

Einleitung: „arriba" ist eine konsultationsbezogene Entscheidungshilfe für die Herzkreislauf-Risikoberatung in der Hausarztpraxis. In einer Wirksamkeitsstudie (Phase III) wurde „arriba" als komplexe Intervention unter Studienbedingungen implementiert. Bislang liegen einige Ergebnisse aus Implementierungsstudien zu partizipativer Entscheidungsfindung / shared decision making (SDM) vor, jedoch keine uns bekannte Studie, die analog einer Phase IV Studie die Prozesse genauer untersucht, die in der Beratung durch die routinemäßige Anwendung einer Entscheidungshilfe in der allgemeinärztlichen Konsultation in Gang kommen.
Die vorliegende Studie ist Teil einer umfassenden Phase-IV-Studie zu „arriba" und zu SDM in der Hausarztpraxis.
Methoden: 40 Videoaufzeichnungen von Patientenberatungen (14 Ärzte (5 w/9m; 38-63J) mit und ohne Einsatz der Entscheidungshilfe "arriba". Qualitative Analyse zur Identifizierung von Schlüsselkategorien und -qualifikationen zur Patienteneinbeziehung, zur Informationsvermittlung und zur Struktur der Beratung. Die Videos wurden transkribiert, die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe eines computer-gestützten Programms für qualitative Interviews und lehnte sich in der Bearbeitung an den Vorgaben der qualitativen Inhaltsanalyse an.
Ergebnisse: Identifizierte Schlüsselkategorien waren Aktives Zuhören, Aktives Nachfragen, Zuwendung zum Patienten (Patienteneinbeziehung), Art der Informationsdarbietung, Evidenz, Fachliche Kompetenz (Informationsvermittlung) sowie Fokussierung auf das Indexproblem (Struktur der Beratung).
Diskussion: Der Einsatz einer komplexen Entscheidungshilfe wirkt sich positiv auf die Informationsvermittlung und die Struktur der Beratung aus. Individuelle kommunikative Kompetenzen sind, unabhängig von dem Einsatz einer Entscheidungshilfe, als Schlüsselqualifikationen für die Patienteneinbeziehung von Bedeutung.
Schlussfolgerungen: Bei der Implementierung von komplexen Entscheidungshilfen mit dem Fokus auf eine optimierte Informationsvermittlung, eingebunden in eine strukturierte Beratung, darf die Förderung kommunikativer Kompetenzen zur Patienteneinbeziehung nicht unberücksichtigt bleiben.

Session P 2-4
Interkulturelle Themen/Sonstiges
Samstag, 25. September 2010
11:15 - 12:15

P 2-4-1

Interkulturelle Medizin: Erwartungen und Erfahrungen chronisch kranker Patienten mit dem russischsprachigen Migrationshintergrund beim Hausarzt. Ergebnisse einer qualitativen Befragung.

V. Bachmann, S. Bösner, N. Donner-Banzhoff, E. Baum
Philipps-Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: In Deutschland leben 3,3 Millionen Menschen, die aus dem Gebiet der ehemaligen UdSSR eingewandert sind. Diese sind in Bezug auf Gesundheitsauffassungen, Krankheitsverarbeitung und medizinisch relevantes Verhalten in einer Weise sozialisiert worden, die sich von der Mehrheit der deutschen Bevölkerung unterscheidet. Systematische Untersuchungen und Handlungsstrategien für die hausärztliche Praxis fehlen jedoch. Wir untersuchen, wie diese Patientengruppe bezüglich der Gesundheitsversorgung in ihrem Herkunftsland sozialisiert worden ist und welche Erwartungen sie in die hausärztliche Konsultation mit bringen.
Methoden: Es wurde eine mixed-methods Studie konzipiert, die die Erwartungen und Erfahrungen der Patienten mit dem russisch-sprachigen Hintergrund aber auch der Ärzte, die mit dieser Patientengruppe arbeiten, exploriert. Im März 2010 startet eine Online- und Briefumfrage, die Gesundheitskompetenz und -bewusstsein, Krankheitsannanhmen sowie bevorzugten Kommunikationsstil während der Konsultationen unter autochtonen Deutschen, russisch-sprachigen Migranten sowie autochtonen Russen erheben soll. In der ersten qualitativen Datenerhebungs-Phase fanden persönliche Interviews (Dauer 1-2 Stunden) mit chronisch kranken Patienten in ihrer Muttersprache statt. Es wurden zwei Patienten-Hauptgruppen nach der Herkunft des behandelnden Hausarztes – autochton deutsch bzw. russisch-sprachiger Migrationshintergrund – gebildet. Zur Kontrolle der „Sprache"-Variable wurden Patienten von Ärzten mit anderem Migrationshintergrund, die über Russischkenntnisse verfügen eingeschlossen. Die Interviews wurden übersetzt, transkribiert und mit MAXQDA® ausgewertet.
Ergebnisse: Bis jetzt fanden 40 Patienten-Interviews statt, weitere sind vereinbart. Nach den ersten Analysen unterscheiden sich die Patienten stark in ihren Erwartungen und Bewertung der hausärztlichen Versorgung in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in Deutschland, der Zufriedenheit mit dem Leben in Deutschland sowie Gruppezugehörigkeit nach der Herkunft des Hausarztes. Es werden starke psychische Belastung sowie Integrationsschwierigkeit, Informationsmangel bzgl. der Gesundheitsinformationen und Erwartungen an die Arzt-Rolle berichtet. Die Daten befinden sich aktuell in der Auswertung. Abschließende Ergebnisse sollen auf dem Kongress präsentiert werden.

P 2-4-2

Der muslimische Patient – Spielt Religion bei der Hausarztwahl eine Rolle?

C. Akbaba[1], M. H. Djavadi[1], E. Streicherova[1], J. Weißgerber[1], A. Kronenthaler[2,3,4]
[1]KIT - Karlsruher Institut für Technologie (ehemals Universität Karlsruhe) Studentin der Angewandten Kulturwissenschaften, Karlsruhe; [2]Universität Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen; [3]magnuna und karama consulting Geschäftsführung, Tübingen; [4]KIT Lehrbeauftragte der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften, Karlsruhe

Einleitung: Unter dem Motto "Muslimischer Patient beim deutschen Hausarzt" führten Studentinnen des Karlsruher Institut für Technologie eine Umfrage im Großraum Karlsruhe durch, um die Auswahlkriterien der in Deutschland lebenden muslimischen Bevölkerung für einen Hausarzt zu untersuchen.
Methode: Die Daten wurden anhand eines zweisprachigen Kurz-Fragebogens (deutsch/türkisch) mit einer offenen und fünf geschlossenen Fragestellungen zur Hausarztwahl von Muslimen erhoben. Die Erhebung fand über einen Zeitraum von drei Monaten als Straßenbefragung (Zufallsstichprobe, n=50) und durch eine Befragung konsultativer muslimischer Patienten in drei Hausarztpraxen (n=75) statt.
Ergebnisse: Fast 80% der 125 Befragten gehen nicht gerne zu ihrem Hausarzt. 60% der Befragten Muslime haben einen „nicht-muslimischen" Hausarzt, ca. 10% gehen zu einem muslimischen Arzt. Die übrigen Befragten konnten keine Angabe zu der Religion ihres Arztes machen.
Die Frage nach den Auswahlkriterien, nach welchen sich die Befragten bei der Entscheidung für einen Hausarzt richten, war beim Großteil der Befragten (96%) nicht religiös motiviert. Die eindeutige Mehrheit hat sich aus verschiedenen Antwortmöglichkeiten (Einfachnennung) – Religion, Fachkompetenz, Herkunft, Vertrauen oder Standort – für die Fachkompetenz als wichtigstes Kriterium entschieden. Das Kriterium „Herkunft" (2%) oder „Religion" (4%) gaben die Wenigsten als wichtigstes Entscheidungsmerkmal bei der Hausarztwahl an.
Bei der abschließenden Frage bei der zwischen zwei gleich kompetenten Ärzten, wobei der eine Muslim ist und der andere nicht, zu entscheiden war, gaben 70% an, dass die religiöse Überzeugung ihres Arztes ihnen nicht wichtig ist. 30% entschieden sich jetzt für den muslimischen Hausarzt. Als Gründe wurden unter anderem das Wissen des muslimischen Arztes über die Fastenzeit (98%), das Beachten bei der Vergabe von Medikamenten mit Alkohol- oder Gelatinegehalt (89%) und die Kenntnis bzgl. muslimischer Verhaltensregeln [1] bei der Untersuchung genannt (70%).
Schlussfolgerung: Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die in Deutschland lebenden Muslime sich im Bereich der Hausarztwahl mehrheitlich nicht von religiösen Faktoren leiten lassen.

Quellenangabe
Literatur:
[1] Kronenthaler, Andrea: Zur Entwicklung interkultureller Handlungskompetenz. Verlag Empirische Pädagogik, Landau 2008

P 2-4-3

Schamverständnis junger muslimischer Patientinnen

S. Diel[1], S. Hearn[1], K. Rambow[1], A. Kronenthaler[2,3,4]
[1]KIT - Karlsruher Institut für Technologie (ehemals Universität Karlsruhe) Studentin der Angewandten Kulturwissenschaften, Karlsruhe; [2]Universität Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen; [3]magnuna und karama consulting Geschäftsführung, Tübingen; [4]KIT Lehrbeauftragte der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften, Karlsruhe

Einleitung: Im Rahmen des Projekts „Der muslimische Patient in der Hausarztpraxis" am Karlsruher Institut für Technologie wurde das „Schamverständnis" muslimischer junger Berufsschülerinnen beim Hausarztbesuch untersucht.
Methode: Alle 19 Musliminnen einer Berufsschulklasse der Albert-Schweizer-Schule in Sinsheim im Alter von 18 bis 25 Jahren füllten einen Fragebogen mit 11 geschlossenen und 4 offenen Fragen zu ihrem Schamgefühl aus, das sie beim Hausarztbesuch haben.
Ergebnisse: Die meisten der Befragten (n=13) sind in Deutschland geboren, 3 in der Türkei, 2 im Irak und eine Person im Kosovo. 7 der Befragten schätzen sich auf einer 6-stufigen Likert-Skala mit Bewertung „1=sehr gläubig" bis „6=nicht gläubig" bei 1 ein; 6 Personen bei 6.
Auf die Frage, ob der Arzt mehr über ihre Religion wissen sollte, antworteten 13 Personen, dass sie sich wünschen würden, dass ihr Arzt mehr darüber weiß vor allem bzgl. der Schamgrenzen. 15 von 19 befragten Personen bekommen von ihrem Arzt die Hand zur Begrüßung gereicht, nur drei davon sehen jedoch darin ein Problem. Die vier, die nicht mit Hand begrüßt werden, befürworten dies und werten es als Respekt ihres Arztes[1].
Den meisten jungen Musliminnen ist es unangenehm, sich vor ihrem Arzt frei zu machen (n=10) und 5 fühlen sich dabei unsicher. Mit ein Grund dafür ist unter anderem, dass sie generell ein Problem haben, sich vor anderen Personen (selbst der eigenen Familie) zu entkleiden. Diese Unsicherheit führt auch dazu, dass 8 Musliminnen sich durch Eltern (2), Partner (2), Freundin (3) oder Dolmetscher (1) begleiten lassen. Vier Personen haben kein Problem damit. 11 Frauen gehen alleine zu ihrem Hausarzt.
Schlussfolgerung: Da sich doch die Hälfte der Befragten als gläubig einschätzt und die Unwissenheit der Ärzte über islamische Verhaltensregeln im Untersuchungssetting von fast allen bemängelt wird, sollten deutsche Hausärzte mehr über den islamischen Ehrenkodex wissen.

Quellenangabe
Literatur:
[1] Ahmed Ginaidi: Voraussetzung für einen interreligiösen Dialog zwischen Christen und Muslimen. Ibidem Verlag. Stuttgart 2002

P 2-4-4

„Exotischer Fall?" Nephropathia epidemica – Fallbericht einer Hantavirus-Infektion aus der Hausarztpraxis

D. Moßhammer[1,2], E. Reichert[2], W. Reichert[2]
[1]Universitätsklinikum Tübingen Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen; [2]Praxisgemeinschaft Allgemeinmedizin/Innere Medizin (Schwerpunkt Gastroenterologie), Nufringen

Einleitung: Mit unspezifischen Symptomen ist der Hausarzt täglich konfrontiert. Neben der Zuordnung des Beschwerdebildes zu häufigen Krankheiten besteht die Herausforderung in der Erkennung eines abwendbar gefährlichen Verlaufs unter Abwägung der gängigen (seltenen) Differentialdiagnosen. Die Praxis lehrt jedoch, dass der Hausarzt mit einem sogar erweiterten Spektrum von Differentialdiagnosen konfrontiert ist.
Da die Hantavirus-Antikörper-Prävalenz in Deutschland regional bis zu 6% beträgt [1], erscheint es sinnvoll, anhand eines Fallberichts mit unspezifischen Symptomen für die Hantavirus-Infektion zu sensibilisieren.
Methoden: Fallbericht aus der Hausarztpraxis in Nufringen, Baden-Württemberg. Der Patient stimmt der Veröffentlichung seiner anonymen Daten zu.
Ergebnisse: 42-jähriger Patient, sportlich, schlank, keine Vorerkrankungen. Anamnese: Seit zwei Tagen Fieber um 40°C, Bauch-, Rücken- und Gliederschmerzen, Brennen beim Wasserlassen. Tage zuvor schwere körperliche Gartenarbeit mit dem Ausgraben von Baumwurzeln. Körperliche Untersuchung: Diffuser Druckschmerz abdominal, sonst unauffällig, Blutdruck 150/90 mmHg. Sono: Nieren bds. vergrößert (14x6cm), echoarme Parenchymverbreiterung und Verplumpung der Außenkontouren, Splenomegalie (5x8x13cm). Labor: Kreatinin bis 2,3 mg/dl ansteigend, Thrombozyten initial 85/nl. Hantavirus-Antikörper IgM-Titer 5,7 (Virotech), IgG und IgM positiv (IFT-Screen). Urin: Erythrozyten +, Eiweiß +++.
Diskussion: Aufgrund der sonographischen und laborchemischen Befunde gehen wir von einer Hantavirus-Infektion aus. ELISA-Testergebnisse (Virotech) im Verlauf sind noch ausstehend; hier werden positive IgG-Titer erwartet.
Bei engmaschigem laborchemischen und klinischen Monitoring war die Führung des Patienten erfreulicherweise ambulant möglich bei Normalisierungstendenz der Laborparameter eine Woche nach Symptombeginn.
Überwiegend nimmt die Nephropathia epidemica einen milden Verlauf. Im Langzeitverlauf ist in der Regel nicht mit Folgeschäden der Nieren zu rechnen [1]. Eine spezifische Therapie existiert derzeit nicht [2, 3]. In schweren Fällen kann eine Behandlung mit Ribavirin erwogen werden [4].
Schlussfolgerung: Bei erhöhten Retentionswerten und Thrombopenie in Zusammenhang mit unspezifischen Symptomen und entsprechender Anamnese (Nagerexposition) kommt differenzialdiagnostisch in unseren Breiten eine Hantavirus-Infektion in Betracht.

Quellenangabe
[1] Aker S et al. Akutes Nierenversagen bei Hantavirusinfektionen. Med Klin 2000; 95:213-17.
[2] Rüster C et al. Visusverlust und akutes Nierenversagen bei einer 28-jährigen aktiven Reiterin. Internist 2006; 47:857-60.
[3] Schreiber J, Steffan D. Anurie, Fieber und Petechien. Nephrologe 2008; 3:36-41.
[4] Huggins JW et al. Prospective, double-blind, concurrent, placebo-controlled clinical trial of intravenous ribavirin therapy of hemorrhagic fever with renal syndrome. J Infect Dis 1991;164(6):1119-27.

P 2-4-5

Vermittlung von Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) durch einen fallbasierten Online-Kurs: Validierung eines Fragebogens zur Evaluation an mehreren Fakultäten

J. Schelling[1], M. Pfeiffer[2], C. Lenz[1], A. Standl[1], M. Fischer[2]
[1]Ludwig-Maximilians-Unversität München Lehrbereich Allgemeinmedizin, München; [2]Ludwig-Maximilians-Universität München Schwerpunkt Medizindidaktik, München

Hintergrund: Im Bereich der hausärztlichen Versorgung hat sich die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) zur Aufgabe gemacht, wissenschaftlich fundierte und praxiserprobte Leitlinien zu entwickeln. Wir entwickelten einen fallbasierten Online-Kurs für Studierende zu den Inhalten der DEGAM-Leitlinien, um hierdurch eine frühzeitige Auseinandersetzung mit einer leitlinienbasierten Vorgehensweise in der Praxis zu fördern.
Wie bewerten Studierende einen fallbasierten Online-Kurs zu allgemeinmedizinischen Leitlinien als Wahlpflichtfach im klinischen Studienabschnitt?
Ergebnisse: Der Kurs wurde von 46 Studierenden (63% Frauen, 37% Männer) freiwillig ausgewählt und vollständig bearbeitet. 71% der Befragten gaben an, bereits vor Kursbeginn mit den Inhalten der DEGAM-Leitlinien vertraut gewesen zu sein. Die Bewertung erfolgte über eine 5-stufige Likert-Skala (1= „stimme voll zu" bis 5 = „stimme überhaupt nicht zu"). Der Fragebogen enthielt insgesamt 11 Items zur (1) allgemeinen Bewertung des Kurses (MW 2,2 ± SD 0,67), zum (2) Praxisbezug (1,9 ± 0,71) und zur (3) Akzeptanz (2,1 ± 0,73). Zusätzlich wurden die Studierenden aufgefordert, eine Schulnote (1-6) für den gesamten Kurs zu vergeben (2,0 ± 0,67) und Freitextkommentare abzugeben.
Die vorliegende Pilotimplementierung eines fallbasierten Online-Kurses zur Vermittlung allgemeinmedizinischer Leitlinien wurde von den Studierenden als relevant und praxisnah in hohem Maße akzeptiert. Die studentischen Vorschläge zur Verbesserung des Kurses wurden eingearbeitet.
Der Kurs wurde bislang an drei medizinischen Fakultäten genutzt und soll jetzt im Bezug auf objektive Leistungsvariablen mit größerer Nutzerzahl evaluiert werden. Eine Erstellung weiterer Fälle zu weiteren DEGAM-Leitlinien und ein Einsatz an weitere Fakultäten ist geplant.
Fragebodenvalidierung: In der Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung) wurden verschiedene Faktoren ermittelt, die wie folgt beschrieben werden können:
Faktor 1 thematisiert den Zugewinn durch den Kurs, den persönlichen Lernerfolg in Bezug auf die Leitlinien sowie Aspekte der Motivation.
Faktor 2 thematisiert DEGAM-Leitlinien als Informationsquelle für Studium und spätere Praxis.
Auf Faktor 3 laden solche Items, die sich mit den Folgen der Leitlinien für die Tätigkeit als Allgemeinmediziner befassen.

P 2-4-6

Leitlinien: Einstellungen von Studierenden und Einflussfaktoren auf deren Meinungsbildung

U. - M. Waldmann, M. Gulich, H. - P. Zeitler
Universität Ulm Institut für Allgemeinmedizin, Ulm

Einleitung: Leitlinien (LL) sind wichtige Orientierungshilfen, da sie das umfangreiche Wissen zu speziellen Versorgungsproblemen werten und das aktuelle Vorgehen der Wahl definieren. Ihre Akzeptanz ist unter Ärzten jedoch sehr unterschiedlich, wie in vielen Studien bereits untersucht wurde. Wenig ist bisher darüber bekannt, welche Einstellungen bereits Studierende zu Leitlinien haben und wie sie sich ihre Meinung darüber bilden.
Methoden: Online-Fokus-Gruppe: moderierte Diskussion in einem geschlossenen Internetforum der Lernplattform Moodle mit 10 Teilnehmern des „Online-Kurs Leitlinien Allgemeinmedizin". Kernaussagen der Fokusgruppe werden im Sommersemester 2010 allen Teilnehmern der verschiedenen Lehrveranstaltungen Allgemeinmedizin (Vorlesung/Seminar, Blockpraktikum, Wahlfächer – TN-Zahl ca. 320) in einem Online-Fragebogen mit 5-stufiger Likert-Skala zur Bewertung und Kommentierung vorgelegt.
Ergebnisse: Die Aussagen der Fokusgruppe legen nahe, dass bis zum 8./9. Semester nur wenig Kontakt mit Leitlinien stattfindet, bei Praktika in Krankenhäusern und Praxen eher ein negatives Bild geprägt wird (von „kein Thema" bis „nervige praxisuntaugliche theoretische Vorgaben"), ein Nutzen aber gerade für Berufsanfänger gesehen wird („Orientierung und Sicherheit") und ein Näherbringen von LL schon ab ca. 7. Studiensemester sinnvoll sei. Die Bewertung dieser Aussagen durch eine größere Gruppe Studierender wird bis zum DEGAM-Kongress vollständig vorliegen.
Diskussion und Schlussfolgerung: Die Meinungsbildung der angehenden Ärztinnen und Ärzte zum Thema Leitlinien scheint ca. ab der Mitte des klinischen Studienabschnitts zu beginnen und durch das Erleben der Einstellungen und des Verhaltens der DozentInnen und ÄrztInnen geprägt zu werden. Diese Erkenntnis ist ein Ansatzpunkt, Studierenden zu einem günstigen Zeitpunkt einen auf Informationen und nicht auf Vorurteilen basierenden Zugang zu Leitlinien zu ermöglichen, z. B. durch Integration von DEGAM-Leitlinien in die allgemeinmedizinische Lehre.

P 2-4-7

Übereinstimmung der Behandlung von Infekten aus dem Bereich der oberen Luftwege mit den Empfehlungen der Ständigen Leitlinienkommission (SLK) der DEGAM

M. Becker, A. Stein, U. Schnell, S. Claus, K. - P. Braun
Hausarztpraxis, Karlsruhe

Einleitung: Infekte der oberen Luftwege werden oft sehr unterschiedlich behandelt. Untersucht werden soll, ob die Behandlung konform zu den DEGAM Leitlinien erfolgt.
Methoden: Aus 5 Praxen von Teilnehmern des Professionalisierungskurses V. der DEGAM wird eine Dokumentation aller Behandlungsfälle der Infekte der oberen Luftwege als Querschnittsbeobachtung erstellt. Die Daten werden mit einer Tabellenkalkulation deskriptiv dargestellt und ausgewertet.
Ergebnisse: Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die Übereinstimmung mit den Empfehlungen der DEGAM Leitlinien dargestellt und ausgewertet. Die Datenerhebung läuft derzeit.
Diskussion: Diskutiert werden sollen Übereinstimmungen aber auch Abweichungen zu den Empfehlungen der Ständigen Leitlinienkommission (SLK).
Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse sollen dazu anregen, die eigene Behandlungsweise zu überdenken.

P 2-4-8

Kryokonservierung zur Fertilitätsreserve

G. Keck, I. Trinkaus, E. Gouma, K. Keller, J. L. Wacker, W. Distler
Universitätsklinikum Dresden Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dresden

Einleitung: Die Kryokonservierung von Zellen (Eizellen, Spermien, imprägnierte Eizellen) und Geweben (Hodengewebe, Ovargewebe) zur möglichen späteren Verwendung für die Erfüllung des Wunsches nach einem genetisch eigenen Kind wird vorgestellt.
Material und Methoden: Literaturüberblick; Darstellung der Indikationen zur Kryokonservierung, der Methoden zur Kryokonservierung und der Verwendung des kryokonservierten Materials
Ergebnisse: Hauptindikationen sind beim Mann und bei der Frau zum einen eine bevorstehende eventuell die Gametenproduktion irreversibel schädigende Behandlung sowie zum anderen die geplante Verwendung von kryokonserviertem Material für spätere Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. Beim Mann sind weitere Indikationen ein hohes Risiko von genitalen Verletzungen (z. B. beruflich, Risikosportarten) oder eine geplante bevorstehende Vasektomie. Die Kryokonservierung weiblicher Gameten ist bei bestimmten genetischen Erkrankungen indiziert. Während die Kryokonservierung von Spermien eine leicht durchführbare und gut etablierte Methode ist, ist die Gewinnung und Kryokonservierung von weiblichen Gameten, imprägnierten Eizellen , Ovargewebe und Hodengewebe mit hohem Aufwand verbunden.
Das kryokonservierte Material wird später entweder für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung verwendet oder retransplantiert. Die vorliegenden Erfahrungswerte der Verwendung der Kryodepots zeigen im Falle von Spermiendepots, dass etwa nur 7 % der Depots verwendet werden. Die Patienten stehen jedoch, retrospektiv befragt, positiv der Methode der Kryokonservierung gegenüber.
Die Kryokonservierung und die Lagerung der Proben sind keine Leistungen der Krankenkassen in Deutschland.
Zusammenfassung: Die Kryokonservierung von Eizellen, Spermien, imprägnierten Eizellen und Geweben (Hodengewebe, Ovargewebe) ist bei bestimmten Indikationen eine Möglichkeit zur möglichen späteren Verwendung für die Erfüllung des Wunsches nach einem genetisch eigenen Kind.

P 2-4-9
Projekt „Nichtärztliche Praxisassistenz“

H. Klemmt, K. Schiller, S. Marzinkowski
Fit-Bildungs-GmbH, Magdeburg

Einleitung: Das Projekt „Zukunft Praxisassistenz“ wird auf der Grundlage eines Ideenwettbewerbs für neue qualifizierte Berufsbilder im Gesundheitssektor im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt sowie in enger Kooperation mit der Ärztekammer Sachsen-Anhalt durchgeführt. Die derzeitige demographische und hausärztliche Entwicklung in Sachsen-Anhalt zeigt die Notwendigkeit der Implementierung arztentlastender und – unterstützender Fachkräfte.
Die Förderung der Qualifikation zur Nichtärztlichen Praxisassistentin erfolgt aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds zur Erhöhung der Chancengleichheit von Frauen durch Stärkung beruflicher Ressourcen.
Methoden: Die Zusatzqualifikation für Frauen erfolgt berufsbegleitend, richtet sich an angestelltes medizinisches Assistenzpersonal. Das Curriculum in Lernfeldern umfasst 220 Theorie- und 50 Praxisstunden. Gesetzliche Grundlagen bilden die Vorgaben nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V.
Evaluation des Projekts erfolgt quantitativ über Evaluationsbögen, qualitativ über Experteninterviews mit den Ärzten und dem geschulten Assistenzpersonal nach 3 Monaten Praxiserfahrung.
Ergebnisse: Aus Sicht der Teilnehmer besteht die Notwendigkeit der Zusatzqualifikation, sie fühlen sich in der Lage delegierte Leistungen sicher und eigenständig durchzuführen und sind der Meinung, dass sich nichtärztliche Versorgungsformen in der Gesundheitswirtschaft etablieren werden. Interesse besteht nicht nur in medizinisch unterversorgten Gebieten. Der Nutzen für die Patienten wird positiv bewertet.
Diskussion: Der Einsatz Nichtärztlichen Praxisassistentinnen kann einen entscheidenden Beitrag zur Arztentlastung leisten. Inwiefern allein dadurch die medizinische Versorgung langfristig sicher gestellt werden kann, ist kritisch zu hinterfragen.
Schlussfolgerungen: Erfolgskriterien sind die Kompetenzen des Assistenzpersonals und die Qualität der Zusatzqualifikation. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es bis zu diesem Zeitpunkt keine bundesweit einheitliche Weiterbildung gibt.

Vorsitze DEGAM 2010

45. Kongress für Allgemein- und Familienmedizin

DEGAM

ÖGAM

Salzburg, 22.-24. September 2011
Paris Lodron Universität Salzburg, Große Aula

Polypharmakotherapie im Spannungsfeld zwischen Klinik und Hausarzt.

www.forummedizin21.at



ZFA

Zeitschrift für Allgemeinmedizin

German Journal of Family Medicine

86. Jahrgang Sonderausgabe – Hauptprogramm / Abstractband

Organschaft / Affiliation
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM; www.degam.de), Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA; www.gha-info.de), Salzburger Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SAGAM; www.oegam.at/c1/page.asp?id=35)
Official Journal of the German College of General Practitioners and Family Physicians, the Society of Professors of Family Medicine and the Salzburg Society of Family Medicine

Herausgeber / Editors
Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Facharzt für Allgemeinmedizin
Abt. Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel.: +49 211 811–7771
Fax: +49 211 811–8755
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de
http://www.uniklinik-duesseldorf.de/allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Facharzt für Allgemeinmedizin
Abt. Allgemeinmedizin
Georg-August-Universität
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
Tel.: +49 551 3922638 oder 3922647
Fax: +49 551 399530
E-Mail: mkochen@gwdg.de
http://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling
Facharzt für Allgemeinmedizin
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Schwarzwaldstraße 69
79822 Titisee-Neustadt
Tel.: +49 7651 9207–0
Fax: +49 7651 9207–20
E-Mail: wilhelm.niebling@uniklinik-freiburg.de
http://www.ukl.uni-freiburg.de/med/lehre/lehrbereich/niebling.htm

Dr. Susanne Rabady
Ärztin für Allgemeinmedizin
Landstr. 2
A-3841 Windigsteig
Tel.: +43 2849 2407
Fax: +43 2849 2404
E-Mail: susanne.rabady@gmail.com

Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen
Facharzt für Allgemeinmedizin
Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Strubergasse 21
A-5020 Salzburg
Tel.: +43 662 4420021261
Fax: +43 662 4420021209
E-Mail: andreas.soennichsen@pmu.ac.at
http://www.pmu.ac.at/de/134.htm

Verlag / Publisher
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln
Postfach 40 02 65, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011–0,
Fax: +49 2234 7011–255 od. –515.
www.aerzteverlag.de
www.online-zfa.de

Geschäftsführung / Management of the Company
Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Medizinische und Zahnmedizinische Fachkommunikation / Head of medical and dental professional communications
Norbert Froitzheim,
E-Mail: froitzheim@aerzteverlag.de

Koordination / Coordination
Jürgen Bluhme-Rasmussen
Tel.: +49 2234 7011–512
Fax: +49 2234 7011–6512
E-Mail: bluhme-rasmussen@aerzteverlag.de

Vertrieb und Abonnement / Distribution and Subscription
Tel. +49 2234 7011–467,
E-Mail: vertrieb@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise /Frequency
Die Zeitschrift erscheint 12 x jährlich
Jahresbezugspreis Inland: 114,00 €
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich: 84,00 €
Jahresbezugspreis Ausland: 141,60 €
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich Ausland: 111,60 €
Einzelheftpreis: 9,50 €
Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.
Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres. Gerichtsstand Köln.
Für Mitglieder der DEGAM ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Verantwortlich für den Anzeigenteil / Advertising Coordinator
Marga Pinsdorf, Tel.: +49 2234 7011–243,
E-Mail: pinsdorf@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentant / Publishers' Representative
Götz Kneiseler, Uhlandstr. 161, 10719 Berlin,
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874,
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Herstellung / Production Department
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln,
Vitus Graf, Tel.: +49 2234 7011–270,
E-Mail: graf@aerzteverlag.de,
Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011–278,
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Datenübermittlung Anzeigen / Data Transfer Advertisement
Petra Möller, Tel.: +49 2234 7011–268,
E-Mail: petra.moeller@aerzteverlag.de

Layout / Layout
Stephanie Schmitz

Druckerei / Printery
Farbo print+media GmbH, Köln

Konten / Account
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln,
Kto. 010 1107410 (BLZ 370 606 15),
Postbank Köln
192 50–506 (BLZ 370 100 50)

Zurzeit gilt **Anzeigenpreisliste** Nr. 2, gültig ab 1. 1. 2010

Druckauflage: 3600 Ex.

Der Verlag ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

86. Jahrgang

ISSN 1433-6251

IHF
HAUSÄRZTE
DEUTSCHER
VERBAND
DEGAM

Dass wir darauf nicht schon vorher gekommen sind...

Die Partnerschaft von IhF und DEGAM verbindet das wertvolle Know-How aus forschender Wissenschaft mit den medizinischen Erfahrungen aus der Arztpraxis. Diese Kombination bietet die ideale Plattform für praxisorientierte Fortbildungen von Hausärzten für Hausärzte! So entsteht Effizienz auf höchstem Niveau, und das bei gleichzeitiger Erreichung der gesetzlichen Vorgaben.

Sichern Sie sich die regelmäßige Erweiterung Ihres Know-Hows mit dem kompakten Wissens-Wert von IhF und DEGAM und werden Sie Mitglied! Weitere Informationen hierzu erhalten Sie direkt auf dem Kongress – oder im Internet auf **www.hausaerzteverband.de** oder **www.degam.de**



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



